

Privatització i mercantilització en l'assistència sanitària pública a la ciutat de Barcelona: una primera aproximació

Amb la col·laboració de:

Epirus Consultoria en Serveis Sanitaris SLU

Grup de Recerca en Desigualtats en Salut (GREDS-EMCONET), Johns Hopkins University –
Universitat Pompeu Fabra. Public Policy Center

ÍNDIX

Resum executiu	5
1. Introducció	7
1.1 Etapes històriques del model sanitari català	7
1.2 Prestacions sanitàries a la Ciutat de Barcelona	8
1.3 La borrosa línia entre públic i privat	9
1.4 Dimensions en el debat de la mercantilització de la sanitat pública.....	10
1.5 Mercantilització de la sanitat a la ciutat de Barcelona	11
2. Justificació i Metodologia	13
3. Descripció qualitativa	15
3.1 Governança del sistema sanitari	15
3.2 Canvis legislatius del sistema sanitari	15
3.3 Actors del sistema sanitari	16
3.4 Finançament del sistema sanitari	16
3.5 Espais de mercantilització del sistema sanitari	16
4. Descripció quantitativa	18
4.1 La despesa en serveis sanitaris i el Consorci Sanitari de Barcelona	18
4.2 Atenció hospitalària i especialitzada	21
4.2.1 La situació de l'atenció hospitalària i especialitzada a Barcelona ciutat	21
4.2.2 Evolució dels contractes signats entre el CatSalut i els hospitals de Barcelona integrats al SISCAT	22
4.2.3 Evolució de l'activitat assistencial dels hospitals de Barcelona integrats als SISCAT durant el període 2008-2014	25
4.2.4 Les altes convencionals dels pacients residents a Barcelona ciutat segons finançament	28

4.3 Atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària	35
4.3.1 Antecedents de les Entitats de Base Associativa a Catalunya.....	36
4.4 Atenció a la salut mental i addiccions	37
4.4.1 Xarxa de Salut Mental	38
4.4.1.1 L'activitat i el finançament dels CSMA a Barcelona ciutat	39
4.4.2 Xarxa d'atenció a les drogodependències	41
4.5 Serveis de rehabilitació física i logopèdia	42
4.5.1 Rehabilitació hospitalària	42
4.5.2 Rehabilitació extrahospitalària	43
4.6 Atenció sociosanitària	45
4.6.1 Els serveis i recursos sociosanitaris a Barcelona ciutat	45
4.7 Altres línies d'atenció	48
4.8 Valoració de la qualitat de les dades	49
5. Conclusions	50
Relació d'acrònims	55
Bibliografia	56

RESUM EXECUTIU

Catalunya ha desenvolupat un sistema sanitari propi, diferenciat i mixt, que es caracteritza pel gran nombre de col·laboracions existents entre els sectors públic i privat. Els processos polítics de mercantilització que s'han dut a terme en el Sistema de Salut català s'han caracteritzat per tres grans etapes: una primera (1980-1984) en la qual es va configurar una estructura mixta particular on, sota una mateixa xarxa d'assistència pública, es van aglutinar els proveïdors hospitalaris del sistema, fossin aquests de titularitat pública o no; la segona etapa (1984-1986) es va caracteritzar per la introducció d'elements de gestió empresarial (Programa de Reordenació Hospitalària, Reforma de l'Atenció Primària); i la tercera etapa (1987-1995) on s'aprovà la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) a l'any 1990, que va definir el model mixt de provisió separant les funcions de compra i provisió de serveis. L'any 1995 s'aprovà la reforma de la LOSC on es va oficialitzar explícitament la introducció de l'ànim de lucre en la sanitat pública. Les reformes de la provisió dels serveis públics han donat lloc a diversos processos de mercantilització de la sanitat que són d'una gran complexitat i la configuració dels quals fa molt difícil disposar de la informació necessària per estudiar i conèixer detalladament les seves característiques i mecanismes concrets.

Aquest document s'ha preparat a partir d'una síntesi de dos informes realitzats per encàrrec de la Comissionada de Salut, amb la voluntat d'aprofundir el coneixement sobre l'estat de situació dels processos de privatització i mercantilització de la sanitat pública a la ciutat de Barcelona, tenint en compte el potencial d'aquests processos per incidir negativament en el control democràtic, les condicions d'ocupació i la qualitat assistencial, entre altres aspectes rellevants per la salut de la ciutadania; i a partir d'aquí poder proporcionar elements pel debat sobre el model sanitari, i generar un conjunt de propostes polítiques per revertir les tendències més preocupants.

Per una banda, s'han realitzat entrevistes semiestructurades a observadors privilegiats seleccionats a partir d'una mostra teòrica amb l'objectiu de conèixer quines són les principals característiques i mecanismes de mercantilització del sistema sanitari públic de la ciutat de Barcelona dels darrers anys. Els resultats destaquen l'elevada continuïtat pel que fa al consens entre els principals partits polítics catalans en relació al model sanitari i la creixent vulnerabilitat en que es troba actualment el sistema públic de salut, així com l'erosió de la seva qualitat, equitat i eficiència després de dècades de implantació continuada de polítiques mercantilitzadores.

Per l'altra, s'ha analitzat les assignacions i contractacions dels serveis d'atenció sanitària a la ciutat de Barcelona usant les bases de dades disponibles a la Central de Resultats del Servei Català de la Salut (CatSalut) i al registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). Els proveïdors s'agrupen en funció de les quatre formes acceptades de personalitat jurídica: (1) Sector públic administratiu (Institut Català de Salut - ICS), (2) les Entitats Públiques i Consorcis (EPICs), (3) les Entitats Privades i Benèfiques sense ànim de lucre, i (4) les societats mercantils. Es descriuen les dades de les principals línies assistencials tal com les defineix el Consorci Sanitari de Barcelona: hospitals d'aguts, atenció primària de salut, assistència sociosanitària, salut mental, rehabilitació i d'altres. Es descriu la gran heterogeneïtat en els dos darrers grups on coexisteixen grans grups internacionals amb petites societats de base professional o familiar. L'assignació pressupostària del CatSalut

per concerts amb les entitats hospitalàries d'aguts ha estat decreixent en tots els casos, excepte en les entitats privades amb ànim de lucre que ha augmentat.

Finalment l'informe també parla de les limitacions de la informació disponible i de la necessitat que millorin la transparència, el control públic i el rendiment de comptes, i apunta les primeres possibles mesures que l'Ajuntament es proposa treballar en el marc del Consorci Sanitari de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓ

El sistema sanitari català es diferencia substancialment de la resta de l'Estat espanyol perquè una part molt important de la provisió de serveis no es fa per organismes pertanyents directament a l'administració pública i amb la gestió pública del govern català, sinó que hi ha entitats de diferent naturalesa jurídica, públiques i privades, que atenen a la població amb cobertura pública. D'aquesta manera, al llarg dels darrers 30 anys, Catalunya s'ha conformat com un 'espai d'experimentació' en la col·laboració públic-privada en sanitat. Totes aquestes entitats conformen el sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT) que atenen a la població amb cobertura pública, però també realitzen altres activitats amb finançament no provinent del CatSalut.

Actualment, el **62,3% de la despesa del Servei Català de la Salut (CatSalut) per provisió de serveis és en forma de concerts a diverses entitats proveïdores públiques i privades** i només el 37,7% ho és per la via d'un contracte programa amb l'Institut Català de la Salut, que és la institució que fins ara ha aplegat els recursos provinents del patrimoni de la Seguretat Social. A més, un 5% dels ingressos d'explotació dels centres SISCAT és per facturació a entitats d'assegurança i particulars (1,1% mútues d'accidents de treball i per accidents de trànsit, 2,9% mútues i companyies d'assegurança lliure i 0,8% per particulars).

1.1 Etapes històriques del model sanitari català

A l'Estat espanyol, la posada en marxa i desenvolupament del Sistema Nacional de Salut (SNS) i els sistemes sanitaris autonòmics s'han caracteritzat per oferir una cobertura quasi-universal, amb una ampla oferta de serveis gratuïts en el punt d'accés, i que són finançats pels pressupostos generals a través d'impostos. Hi ha però copagaments en la prestació farmacèutica i una cartera restringida dels serveis d'odontologia. El sistema es caracteritza per tenir dos nivells d'assistència: un primer nivell, l'atenció primària, que funciona de porta d'entrada (*gatekeeper*) i un segon nivell que és l'atenció especialitzada hospitalària. La gestió dels serveis de salut en tots els seus nivells (governança, finançament i provisió) correspon íntegrament a les Comunitats Autònomes (CC.AA.) essent l'Estat espanyol qui finança, aprova la legislació bàsica i actua de coordinador. Si bé les CC.AA. es regeixen per un marc legal comú, es poden també observar diferències substancials.

En el cas de Catalunya, des dels seus inicis durant la transició s'ha desenvolupat un sistema sanitari propi, diferenciat i mixt, que es caracteritza pel gran nombre de col·laboracions existents entre els sectors públic i privat. Històricament es poden diferenciar tres grans etapes: una primera (1980-1984) en la qual es va configurar una estructura mixta particular on, sota una mateixa xarxa d'assistència pública, es van aglutinar els proveïdors hospitalaris del sistema, fossin aquests de titularitat pública o no. Cal destacar, que des del primer moment a Catalunya es va mantenir un ampli consens polític sobre els eixos fonamentals en matèria de política sanitària (3,4).

La segona etapa (1984-1986) es va caracteritzar per la introducció d'elements de gestió empresarial al sistema sanitari a través del Programa de Reordenació Hospitalària (PRH), que suposà la reorganització i modernització dels recursos hospitalaris i la consolidació de la xarxa d'hospitals comarcals, així com la introducció de la unitat bàsica de pagament als hospitals (UBA), amb l'objectiu principal de facilitar l'establiment de concerts per a la prestació de serveis sanitaris amb entitats públiques no gestionades per l'ICS o privades, amb o sense ànim de lucre. Així mateix, també es va dur a terme la Reforma de l'Atenció Primària (RAP), que es va orientar a integrar les activitats preventives, curatives i rehabilitadores d'una àrea concreta, coordinant els diferents nivells d'atenció i es van definir les estructures de gestió de l'atenció primària (5).

A la tercera etapa (1987-1995) s'aprovà la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) l'any 1990, que va definir el model mixt de provisió separant les funcions de compra i provisió de serveis amb la creació del Servei Català de la Salut (l'actual CatSalut), al qual se li donà una configuració d'empresa pública i se li atorgà les funcions de planificació i de finançaments dels proveïdors de la xarxa de provisió pública. És durant aquesta etapa quan també es van començar a reorientar les funcions de l'Institut Català de la Salut i s'inicià la diversificació de proveïdors de l'atenció primària. L'any 1995 s'aprovà la reforma de la LOSC on es va oficialitzar explícitament la introducció de l'ànim de lucre en la sanitat pública. Durant aquesta etapa, igual que en les anteriors, hi va haver una elevada continuïtat pel que fa al consens entre els principals partits polítics catalans en relació al model sanitari i altres temes polítics (6).

Per últim, cal destacar que un dels processos clau de la mercantilització sanitària, més endavant desenvolupat, ha estat la transformació de l'oferta dels seus serveis, on s'ha produït una transferència dels riscos als proveïdors de salut mitjançant dos instruments: la gestió per contractes i el control del creixement de la oferta en l'àmbit de la concertació, però no de l'ICS.

1.2 Prestacions sanitàries a la ciutat de Barcelona

La ciutat de Barcelona disposava a l'any 2014 d'un total de 70 centres d'atenció primària, 9 centres hospitalaris amb internament d'aguts, 20 centres amb internament sociosanitari, i 10 centres monogràfics en salut mental. Els Equips d'Atenció Primària (EAP) han donat cobertura durant el 2014 al 70,1% del total de la població assignada (65,2% d'homes i 74,6% de dones), amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família i pediatria per persona i any. La xarxa d'hospitals amb internament d'aguts del SISCAT disposa de 3.411 llits repartits entre les quatre Àrees Integrals de Salut (AIS), la AIS Barcelona Nord té el major número de llits amb 1.251 i la AIS Litoral-Mar el menor número de llits (505). L'estada mitjana global al 2014 va ser de 5 dies (7). L'atenció sociosanitària és prestada per proveïdors de la concertació. Els serveis de salut mental són prestats tan a hospitals monogràfics com a serveis de psiquiatria d'hospitals generals, tan públics com privats, centres de salut mental o centres de dia.

Cal afegir que hi ha altres serveis d'atenció a la població de Barcelona com són el transport sanitari, que pel any 2014 va realitzar 224.840 serveis urgents (9,7% més que al 2013) i 648.973 serveis de transport sanitari no urgent (ha augmentat 2,66% respecte al 2013). Es van realitzar també 41.834 processos de rehabilitació extrahospitalària, que correspon al

16,4% del total dels processos realitzats a Catalunya. A més, es van establir contractes amb 9 centres de diàlisi. Es van dur a terme 7.419.704 de sessions d'oxigenoteràpia (19,4% dels de Catalunya) i altres teràpies respiratòries a domicili en 24.812 malalts (quasi el 25% dels malalts de Catalunya) (7). Aquesta estructura i activitat és coordinada pel Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) que és un ens públic constituït l'any 1988 per la Generalitat de Catalunya (60%) i l'Ajuntament de Barcelona (40%), i adscrit al Servei Català de la Salut. El CSB assumeix les funcions relatives a l'ordenació, planificació, direcció i coordinació de la gestió dels centres, els serveis i els establiments d'atenció sanitària, sociosanitària i de salut pública de l'àmbit territorial de la ciutat de Barcelona.

1.3 La borrosa línia entre públic i privat

Al llarg d'aquest informe es fa esment del concepte 'mercantilització' per tal de referir-nos a la 'privatització', en un sentit ampli, i a la interacció públic-privada, ja que ambdós conceptes han quedat força esborrats durant les últimes dècades. En aquest sentit es poden diferenciar tres dimensions de mercantilització: la cobertura, la propietat i la gestió.

En primer lloc, la *cobertura*, entesa com la responsabilitat d'assegurament dels serveis sanitaris. Així, es pot parlar de *cobertura poblacional*, és a dir, quin percentatge de la població queda atesa dins d'un sistema sanitari, per exemple, a través del pagament d'impostos. És important tenir en compte que hi ha grups de població altament vulnerables, per exemple, persones immigrades en situació irregular, que té restriccions d'accés a la cobertura en el sistema sanitari. La *cobertura de prestacions*, o el tipus de serveis que queden coberts. Malgrat el sistema sanitari públic a Catalunya cobreix molts serveis, hi ha altres com l'atenció odontològica, l'òptica i majoritàriament l'atenció psicològica que queden excloses de la cobertura pública; també cal esmentar, la *cobertura per assegurament opcional* per determinats col·lectius i l'assegurament obligatori per determinades contingències. O bé, la *despesa directa*, que en els últims temps ha experimentat un increment en el pagament que les famílies realitzen en el moment de ser ateses (*out-of-pocket*).

En segon lloc, la *propietat*, que és la titularitat jurídica de les institucions. Comporta tenir en compte el poder de decisió en els òrgans de govern i el dret d'apropiació de l'excedent d'explotació (8). La classificació de les *diferents modalitats de propietat* en el sistema sanitari català de finançament públic que utilitzarem en l'anàlisi és la següent (9):

- Propietat pública administrativa. Dependència patrimonial i control directe de l'Administració Pública de la Generalitat que és qui té la competència en atenció de la salut. Es refereix bàsicament a l'ICS.
- Entitats de propietat pública (o amb participació majoritàriament pública) tant de l'administració pública de la Generalitat com de la d'altres organismes públics (ajuntaments, universitats públiques, etc). Inclou fundacions de gestió pública participades per la Generalitat, ajuntaments i entitats privades (l'Església o Creu Roja) que estan en l'origen de la institució. Tenen diferents graus d'autonomia de gestió i en l'argot del sector es coneixen com a EPICs (entitats públiques i consorcis).
- Entitats privades sense ànim de lucre. Majoritàriament es tracta de Fundacions o Associacions.

- Entitats privades amb ànim de lucre. Es tracta de societats mercantils en les diverses formes que preveu la llei que, per definició, tenen reconegut el dret a apropiarse i reutilitzar l'excedent i, a la vegada, han de fer front a les pèrdues amb el seu patrimoni.

Per últim, la *gestió*, que és l'organització funcional de les entitats encarregades de la provisió del servei. Sovint es parla de gestió privada o de gestió pública dels serveis fent referència a com les entitats encarregades de proveir els serveis al ciutadà s'organitzen i estan o no subjectes a determinades normatives i conductes que afecten al sector públic. Una de les qüestions clau aquí té a veure amb l'autonomia de gestió, és a dir, la capacitat de decidir autònomament sobre l'assignació interna dels recursos disponibles: si bé alguns autors/es afirmen que pot augmentar la efectivitat i la eficiència, també sembla que l'augment de l'autonomia ha anat paral·lel a un augment de l'opacitat i la falta de rendiment de comptes, a més d'un augment del dèficit sustentat pels diferents proveïdors, que genera vincles de dependència amb les entitats financeres (10-11).

1.4. Dimensions en el debat de la mercantilització de la sanitat pública

La privatització i mercantilització amenacen no únicament en reduir el dret a la salut i a l'atenció sanitària, sinó que també poden comprometre altres principis essencials que aquí resumim (12):

- **L'equitat** és un dels principals problemes que pot emergir de la privatització dels serveis sanitaris, les persones que queden fora del subministrament del servei o accedeixen a un servei que no compleix amb els estàndards de qualitat apropiats. És per aquest motiu que una majoria de sistemes sanitaris (amb diferents graus de privatització i mercantilització) tenen com objectiu proporcionar serveis de forma equitativa.
- La **participació** de la població a tots els nivells i escales de poder públic, també dels professionals i les professionals de salut, part imprescindible i fonamental del sistema de salut. On s'hauran de destinar els recursos adequats en àmbits com la comunicació, la formació, la organització de fòrums de discussió, etc.
- **Eficiència**, és important valorar la eficiència de models sanitaris alternatius al model sanitari actual, essent important una revisió de la definició reduccionista que la eficiència té actualment.
- **Qualitat del servei**, en aquest sentit és necessari valorar les percepcions de la població i dels i les professionals que dona el servei.
- **Rendiment de comptes**, és important ampliar la versió actual de rendiment de comptes com a la obligació de donar resposta, sinó que s'han de tenir en compte altres aspectes com l'audiència a la que s'ha de rendir comptes i si aquest rendiment ha de tenir força executòria.
- **Transparència**, tenir accés a informació actualitzada i accessible sobre el funcionament del sistema sanitari i l'ús del diner públic.
- **Qualitat del lloc de treball**, els i les treballadores són clau pel bon funcionament del sistema sanitari. La força de treball en moltes ocasions és vista com un cost que s'ha de reduir, en són un exemple les últimes retallades de la sanitat, no obstant, els i les treballadores han de ser vistos com fonts de coneixement i compromís amb el treball i claus en la reestructuració i millora del sistema sanitari.

- **Sostenibilitat**, per a que el sistema sanitari sigui sostenible ha de comptar amb els recursos adequats.
- **Solidaritat social**, entre diferents sectors de la societat i sinèrgies entre aquells actors que vetllen per una millora del sistema sanitari.
- **Ètica pública**, que comporta participació ciutadana i que l'objectiu del sistema sanitari sigui millorar i atendre les necessitats públiques.
- **Transferibilitat** com a forma d'entendre la relació amb altres alternatives al sistema sanitari actual, en altres espais-temps.

1.5 Mercantilització de la sanitat a la ciutat de Barcelona

A Barcelona, les reformes de la provisió dels serveis públics han donat lloc a processos mercantils que tenen un clar impacte en els treballadors/es de la sanitat pública així com en l'equitat en general. Un exemple és la implementació del mètode Lean de treball a alguns serveis d'urgències d'hospitals (per exemple a l'Hospital Clínic). L'origen d'aquest mètode s'ha de buscar a principis dels anys 90 a les cadenes de muntatge de cotxes, encara que també s'aplica en la fabricació d'altres productes industrials. El que es cerca és la sistematització de procediments de treball per tal d'augmentar l'eficiència. La justificació de la seva implementació es basa en que augmenta la flexibilitat en l'organització del treball, així com la qualitat i el treball en equip (13). No obstant això, diversos experts assenyalen que aquest mètode es tradueix en un augment del control laboral sobre els treballadors/es i de la intensificació del treball que realitzen els i les professionals de la salut (14).

Per altra part, alguns centres de la xarxa de provisió pública, com ara l'Hospital Clínic, **estan oferint dintre de les seves instal·lacions i amb professionals del propi hospital una assistència de tipus privada**. Els gestors que defensen aquesta opció argumenten que d'aquesta manera es poden aprofitar millor les instal·lacions i el material sanitari que estan infrautilitzats; a més, també esmenten que així es pot fidelitzar als/les professionals mèdics oferint-los uns ingressos econòmics addicionals, i que els beneficis obtinguts per l'amortització dels espais reverteixen en el propi centre públic (15). Des d'una visió crítica s'argumenta que de fet es tracta d'una **via d'accés ràpida a un mateix servei de salut de l'hospital per part de determinants usuaris/es**, i que això crea dinàmiques perverses que impliquen un augment de la desigualtat entre usuaris/es de la sanitat pública.

Aquest darrer és tan sols un exemple de la complexitat existent en l'estructura d'un sistema sanitari com el de la ciutat de Barcelona, que el configura com un dels casos més paradigmàtics de mercantilització existents a Catalunya i a l'Estat espanyol. És precisament, el **discurs hegemònic actualment prevalent basat en un augment de l'eficiència**, entesa com un augment de la productivitat, la pedra angular que legitima el sistema. Aquesta justificació es la que ha donat lloc, entre d'altres aspectes, a l'augment de les licitacions i concerts, a la diversificació del mercat sanitari amb empreses públiques i privades, la qual es caracteritza per una mínima rendició de comptes i a la transferència dels riscos als mateixos proveïdors (16).

Malgrat tot, els processos de mercantilització i de privatització del sistema sanitari de la ciutat de Barcelona són de tal complexitat, que la seva actual configuració fa molt difícil

disposar de la informació necessària que permetin estudiar i conèixer quines són les característiques i mecanismes mitjançant els quals es produeix i generalitza la mercantilització sanitària.

2. JUSTIFICACIÓ I METODOLOGIA

Aquest document s'ha preparat a partir d'una síntesi de dos informes realitzats per encàrrec del Comissionat de Salut, amb una metodologia qualitativa i quantitativa respectivament. Ambdós informes responien a la voluntat d'aprofundir el coneixement sobre l'estat de situació dels processos de privatització i mercantilització de la sanitat pública a la ciutat de Barcelona, tenint en compte el potencial d'aquests processos per incidir negativament en el control democràtic, les condicions d'ocupació i la qualitat assistencial, entre altres aspectes rellevants per la salut de la ciutadania; i a partir d'aquí poder generar un conjunt de propostes polítiques per revertir les tendències més preocupants.

Per una banda, amb l'objectiu de conèixer les principals característiques i mecanismes de mercantilització del sistema sanitari públic de la ciutat de Barcelona dels darrers anys, s'ha realitzat un estudi de tipus qualitatiu, descriptiu i exploratori, basat en entrevistes semiestructurades a 10 observadors privilegiats seleccionats a partir d'una mostra teòrica d'alts càrrecs, gestors, professionals, activistes i periodistes. El treball de camp es va dur a terme durant el mes de novembre de 2015, principalment a Barcelona ciutat, però també a altres àrees del territori català on es van localitzar els actors entrevistats.

Per l'altra, s'ha analitzat entre finals d'octubre de 2015 i mitjans de gener del 2016 la informació disponible sobre l'estat i l'evolució de les assignacions i contractacions en l'atenció sanitària de finançament públic a la ciutat de Barcelona. Les principals fonts d'informació que hem utilitzat al realitzar aquest estudi han estat les següents:

1. Bases de dades
 - a. Central de Resultats
 - b. Conjunt Mínim Bàsic de Dades
 - c. Anuari estadístic de l'Ajuntament de Barcelona
2. Lloc web del Servei Català de la Salut
 - a. Registre de convenis i contractes
 - b. Relació de convenis i contractes
 - c. Catàlegs territorials i d'unitats proveïdores
3. Memòries anuals de les institucions
 - a. Servei Català de la Salut
 - b. Regió Sanitària de Barcelona
 - c. Consorci Sanitari de Barcelona
 - d. Altres entitats
4. Documentació rebuda a petició

Una sèrie de problemes d'accés i qualitat de la informació es detallen en l'apartat 4.8 d'aquest document. Per tal de facilitar-ne la seva descripció, s'han classificat les institucions que presten serveis de finançament públic a Catalunya en quatre categories de propietat:

- Propietat Pública Administrativa: l'Institut Català de la Salut (ICS)
- Entitats Públiques i Consorcis (EPIC)
- Entitats privades i benèfiques sense ànim de lucre
- Entitats privades amb ànim de lucre

3. DESCRIPCIÓ QUALITATIVA

Els resultats de l'anàlisi qualitatiu realitzat suggereixen de l'existència de diferents característiques i mecanismes de mercantilització del sistema sanitari públic de la ciutat de Barcelona que es troben estretament relacionats. El discurs de la majoria de informants entrevistats va remarcar la rellevància del **finançament** del sistema sanitari i la transmissió d'un **discurs públic** on 'l'eficiència' pren una notòria presència. A més, cal destacar la importància que pren en els discursos **l'opacitat i la falta de rendiment de comptes** per part dels diferents actors implicats en el sistema sanitari. Tanmateix, es poden diferenciar cinc grans dimensions de la mercantilització que es poden agrupar segons: governança, canvis legals, actors del sistema, finançament i espais de mercantilització.

3.1. Governança del sistema sanitari

Pel que fa a les característiques i mecanismes de la mercantilització identificats amb la governança del sistema sanitari s'han identificat el poder polític, els grups de pressió del sistema sanitari i els canvis legislatius. La majoria d'informants esmenten la **continuitat i consens polític** entre els dos grans partits que han governat Catalunya des de la transició espanyola (CiU i PSC), però també membres d'aquests partits polítics que han defensat el model hegemònic fent que el debat sobre el model del sistema sanitari públic català no hagi estat present en el debat polític.

"Després que la Generalitat assumís les competències sanitàries, a principis dels anys 80, la sanitat catalana es va desenvolupar sobre un consens entre els dos grans partits [CiU i PSC]. Aquest consens comportava, per una part, el repartiment d'espais d'influència controlats per un o altre partit (també hi havia espais 'compartits') i, per l'altre, la defensa comuna d'un model presentat com un 'actiu per al país'. Així es va expulsar del debat (i l'enfrontament) polític la gestió del sistema"

Entre els **grups que exerceixen pressions sobre el sistema sanitari**, encara que en diferents graus i direccions en relació als seus diferents interessos, trobem empreses d'alta tecnologia, farmàcia, mútues de salut i accidents, consultores, el Col·legi de Metges de Barcelona i les patronals del sector salut.

3.2. Canvis legislatius del sistema sanitari

Pel que fa als canvis legislatius, els informants coincideixen en subratllar **la importància que aquests han tingut en la transformació del sistema sanitari públic català, especialment la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) i les posteriors modificacions legislatives sobretot a nivell hospitalari**. Tanmateix, també assenyalen que des de la LOSC no hi ha hagut grans canvis legislatius.

"A partir de la LOSC, que emana de la Llei General de Sanitat, es genera una certa confusió entre la part pública i la privada i el paper dels organismes com el Departament de Salut i el CatSalut".

3.3. Actors del sistema sanitari

Al costat dels polítics, els principals actors del sistema sanitari són les patronals del sector salut i els gestors dels centres. Respecta als primers, **les patronals del sector salut es configuren com una peça clau en el sistema de salut públic**, com gestors dels centres concertats del sistema de salut i com part de les **‘portes giratòries’ d’alguns dirigents polítics i gestors del sistema de salut**. Pel que fa als gestors dels centres, aquests són part inextricable del sistema de salut pel seu bon funcionament, i vehiculadors del discurs institucional.

“Els alts directius del sistema es van movent pels diferents llocs de gestió, passant del Departament de Salut, la UCH [Unió Catalana d’Hospitals] o el CSC [Consorci de Salut i Social de Catalunya]. Pel CSC han passat tots aquells càrrecs polítics, per exemple del PSC o d’ICV, que han sigut cessats o han perdut unes eleccions”

3.4. Finançament del sistema sanitari

Una altra dimensió de la mercantilització ha estat el finançament del sistema sanitari. En general, es pot apreciar com **l’augment de l’autonomia dels proveïdors i per tant la ‘transferència del risc’ té importants implicacions en els proveïdors del sistema**. Tot i que es fa explícit l’infra-finançament del nivell hospitalari, els informants no expressen en canvi aquesta percepció respecte altres nivells d’atenció. En relació als hospitals, es parla sobre l’autonomia i la **possibilitat de generar dèficit** (donat que no s’arriba a finançar públicament tota l’activitat dels centres), essent el patrimoni del centre el que va donant solvència al proveïdor per autofinançar-se. Per altra part, es remarca que hi ha hagut una reducció en el finançament dels centres i alguns informants perceben que en els últims anys s’ha augmentat el pressupost dels centres privats.

“Tots els sistemes de pagament establerts pretenien cobrir al voltant del 85-87% de les necessitats del centre perquè consideraven que els hospitals fan un 10-12% d’activitats per mútues, per treballs...”

3.5. Espais de mercantilització del sistema sanitari

En la provisió de l’atenció i els espais de mercantilització generats, es poden diferenciar quatre apartats. En primer lloc, les contractacions i externalitzacions de serveis auxiliars (bugaderia, neteja, cuina, etc) que es diferencien dels **serveis tècnics (laboratori, fisioteràpia, etc) per la seva major rendibilitat pel sector mercantil**.

“[en el cas del laboratori] Es pot treure molt rendiment ja que les mostres poden ser enviades i els resultats s’envien de forma telemàtica, es diferent en el cas del diagnòstic per la imatge que s’hauria de traslladar a les persones”

En segon lloc, s’assenyala que s’estan buscant **estratègies per reduir les despeses que s’atribueix a una falta de finançament dels centres hospitalaris, fet pel qual s’està explorant la provisió d’atenció privada al sector públic** on alguns informants apunten que la doble activitat d’alguns professionals mèdics pot afectar l’activitat duta a terme de forma pública.

“Les despeses originades per les hospitalitzacions representen un dels components més importants de les despeses sanitàries globals, sinó la que més. Això fa que des de fa algun temps es busquin alternatives als ingressos, fomentant l’atenció a nivell ambulatori: hospitals de dia, hospitalitzacions a domicili,...”

A més, els entrevistats comenten que en els darrers anys hi ha hagut una **distribució de l’activitat hospitalària entre els proveïdors públics i privats del sistema sanitari integral d’utilització pública de Catalunya (SISCAT), que en gran part atribueixen a una reordenació de l’activitat**, i que encara que fa anys que existeix, aquesta s’està aplicant de forma més estricta des de fa poc.

“Per prendre la decisió si el pacient que és de l’àrea d’influència del Clínic, està tot informatitzat. De forma que, quan aquest pacient ve per urgències ja surten uns codis, s’il·lumina un pilot—vermell, groc o verd, per allà on viu es sap si es àrea Clínic/Sagrat Cor/Plató.”

Pel que fa al tipus de pacient que és derivat, bàsicament es tracta dels pacients que van a urgències, com són per exemple malalts crònics descompensats. És a dir, els hospitals tipus de la Clínica Plató o el Sagrat Cor que fan de certa manera la funció d’hospital comarcals.

“Els procediments més barats són assumits pel sector privat. El risc de problemes adversos pel pacient és baix, degut a que són procediments fàcils amb poques complicacions”

En tercer lloc, s’esmenta **la gestió de les llistes d’espera** i com en el repartiment de l’activitat assistencial hi té un paper destacat el CatSalut.

“És possible que es generin “bosses de ineficiència” és a dir, bosses de llistes d’espera, perquè el finançament no ha estat l’adequat, per un augment sobtat de l’activitat, perquè s’han tancat quiròfans”

Per últim, també s’ha assenyalat que quan es fa activitat privada dins d’un centre públic es tendeix a produir un discurs que afavoreix la part privada, a més, de la inclusió indiscriminada de pacients a la llista d’espera.

“Hi ha una utilització del discurs que les llistes d’espera són altes per tal de convèncer al pacient que pagant pot ser intervingut d’immediat”

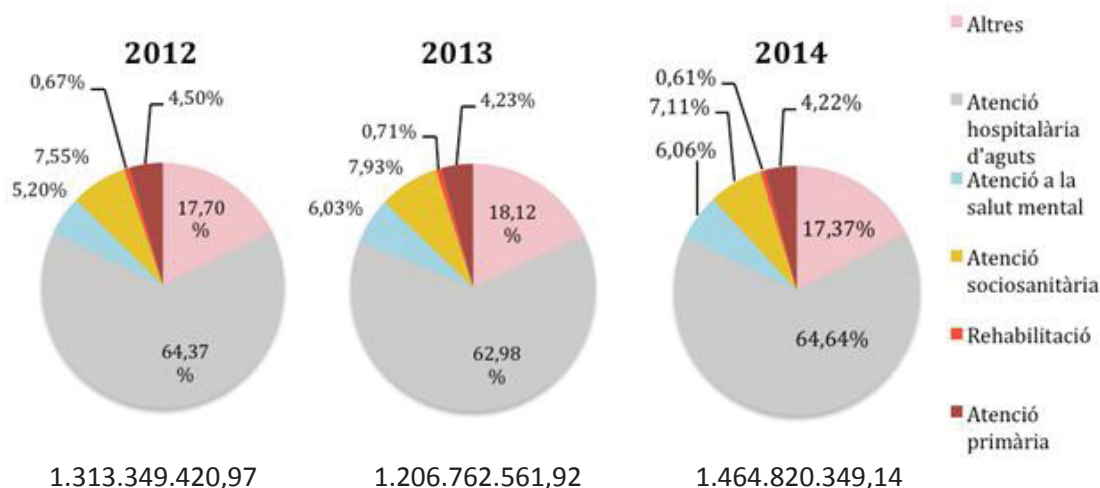
4. DESCRIPCIÓ QUANTITATIVA

4.1. La despesa en serveis sanitaris i el Consorci Sanitari de Barcelona

En aquest apartat es presenta la magnitud, les proporcions internes i l'evolució de la despesa en compra de serveis sanitaris realitzada pel Consorci Sanitari de Barcelona (CSB). El CSB constituït per la Generalitat de Catalunya (60%) i l'Ajuntament de Barcelona (40%), gestiona el pressupost que el Servei Català de la Salut destina a l'assignació de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona.

El volum global del pressupost i la proporció entre línies assistencials pot obtenir-se de les dades recollides en les seves memòries anuals. Pels darrers anys (2012, 2013 i 2014) el gràfic 1 presenta les proporcions de despesa en compra de serveis sanitaris per part del CSB i la Taula 1 els valors absoluts i l'assignació per cada any.

Gràfic 1. Evolució de les proporcions de despesa en compra de serveis sanitaris per part del CSB (2012-2014)



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Elaboració pròpia.

Taula 1. Evolució de la despesa en compra de serveis sanitaris (2012-2014)

	2012	2013	2014
Atenció primària	59.158.453,41	51.048.244,77	61.777.613,01
EAPS i Consultoris	59.158.453,41	51.048.244,77	61.777.613,01
Atenció especialitzada en Salut	1.234.623.580,62	1.134.776.621,60	1.382.026.074,59
Atenció hospitalària d'aguts	845.402.231,51	760.077.568,14	946.819.453,98
MHDA	159.235.791,87	143.672.130,94	175.538.587,89
Atenció sociosanitària	99.137.553,52	95.709.836,10	104.176.496,54
Atenció a la salut mental	68.305.788,86	72.755.307,28	88.749.564,13
Atenció a la insuficiència renal	29.862.894,14	30.275.364,65	35.439.135,75
Rehabilitació	8.825.969,58	8.525.301,10	8.921.038,59
Altres serveis d'atenció especialitzada	16.064.783,68	13.953.283,75	14.911.564,20
Oxigenoteràpia	7.788.567,46	9.807.829,64	7.470.233,51
Altres serveis de salut	19.567.386,94	20.937.695,55	21.016.661,54
Transport sanitari no urgent	19.567.386,94	20.937.695,55	21.016.661,54
TOTAL CSB	1.313.349.420,97	1.206.762.561,92	1.464.820.349,14

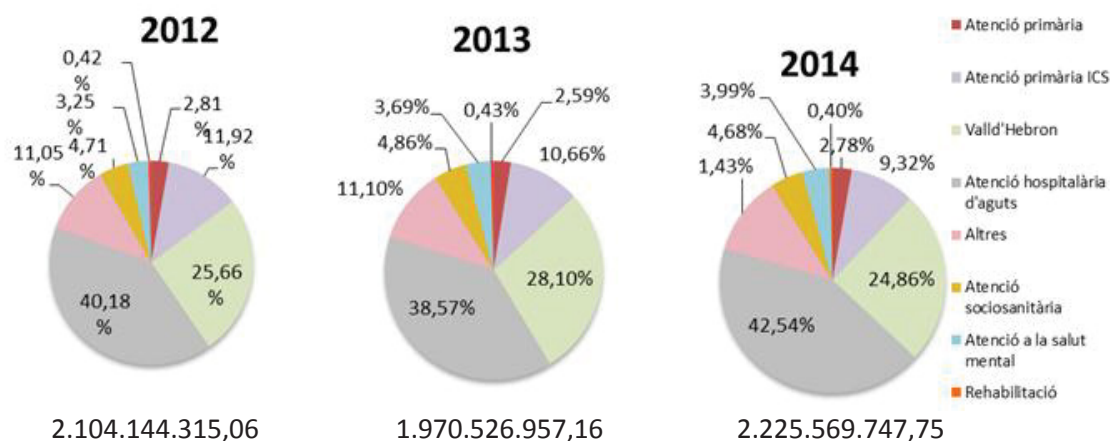
Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

Les proporcions de despesa entre les diferents línies assistencials s'han mantingut considerablement estables entre el 2012 i el 2014. L'atenció hospitalària d'aguts és la partida a la qual es destina la major part del pressupost del CSB, al voltant d'un 64% del total de despesa en compra de serveis sanitaris. L'any 2014 va suposar 946.819.453,98 d'euros. L'atenció sociosanitària i la salut mental suposen aproximadament un 7,5% i un 6% de la despesa anual (104.176.496,54 i 88.749.564,13 euros respectivament l'any 2014), l'atenció primària (que no inclou la de l'ICS, majoritària a la ciutat) representa un 4,20% del total de pressupost del CSB (61.777.613,01 euros l'any 2014) i a la rehabilitació ambulatoria es dedica un quantitat marginal del pressupost que suposa el 0,7% anual (8.921.038,59 euros l'any 2014).

En termes generals la despesa disminueix entre l'any 2012 i el 2013 i tornar a augmentar l'any 2014 quedant en 1.464.820.349,14€, que suposa un increment de 151.470.928,17€ respecte l'any 2012. Aquesta evolució es veu en totes les línies assistencials excepte en salut mental i transport sanitari no urgent, on cada any s'ha destinat més recursos que en els anys anteriors.

Aquestes dades no recullen la despesa realitzada per l'ICS a la ciutat de Barcelona que, com ja hem dit, no va a càrrec del CSB sinó que es determina directament en els pressupostos de la Generalitat. Per poder copsar el volum de la despesa pública total en serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, en la taula 2 i el gràfic 2 hem afegit a la despesa en compra de serveis sanitaris realitzada pel CSB la despesa realitzada per l'Institut Català de la Salut (ICS) a la ciutat. Hem considerat el pressupost de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) i el pressupost d'atenció primària de l'ICS a Barcelona ciutat pel període 2012-2014.

Gràfic 2. Proporcions de despesa per part del CSB en serveis sanitaris (2012-2014)



Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Elaboració pròpia.

Taula 2. Despesa en serveis sanitaris a Barcelona (2012-2014)

	2012	2013	2014
Atenció primària	59.158.453,41	51.048.244,77	61.777.613,01
EAPS i Consultoris	59.158.453,41	51.048.244,77	61.777.613,01
Atenció especialitzada en Salut	1.234.623.580,62	1.134.776.621,60	1.382.026.074,59
Atenció hospitalària d'aguts	845.402.231,51	760.077.568,14	946.819.453,98
MHDA	159.235.791,87	143.672.130,94	175.538.587,89
Atenció sociosanitària	99.137.553,52	95.709.836,10	104.176.496,54
Atenció a la salut mental	68.305.788,86	72.755.307,28	88.749.564,13
Atenció a la insuficiència renal	29.862.894,14	30.275.364,65	35.439.135,75
Rehabilitació	8.825.969,58	8.525.301,10	8.921.038,59
Altres serveis atenció especialitzada	16.064.783,68	13.953.283,75	14.911.564,20
Oxigenoteràpia	7.788.567,46	9.807.829,64	7.470.233,51
Altres serveis de salut	19.567.386,94	20.937.695,55	21.016.661,54
Transport sanitari no urgent	19.567.386,94	20.937.695,55	21.016.661,54
TOTAL CSB	1.313.349.420,97	1.206.762.561,92	1.464.820.349,14
Atenció primària ICS*	250.898.085,81	210.083.824,59	207.388.850,51
Vall d'Hebron*	539.896.808,28	553.680.570,65	553.360.548,10
TOTAL Barcelona	2.104.144.315,06	1.970.526.957,16	2.225.569.747,75

*La partida pressupostària que s'ha pres de les memòries de l'ICS, és la "despesa de l'exercici" que inclou despesa de personal, despesa en béns corrents i serveis, transferències corrents i inversions reals

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

Es tracta d'una aproximació a la despesa en serveis sanitaris que es realitza a Barcelona. La partida pressupostària que s'ha pres de les memòries de l'ICS, és la "despesa de l'exercici" que inclou despesa de personal, despesa en béns corrents i serveis, transferències corrents i inversions reals. Aquesta xifra, a més de la transferència pressupostària inclou els ingressos propis (facturació tercer obligats i prestacions d'altres serveis no assistencials) que l'any 2014 representaven un 2,5% del pressupost total i no son determinants per a l'anàlisi. A més, la despesa pressupostada per a l'Hospital de la Vall d'Hebron no és exclusivament destinada a atenció hospitalària d'aguts, doncs també inclou altres serveis

com els de rehabilitació i alguns de salut mental que també té assignats però que no es distingeixen en la memòria del centre. És probable que la xifra usada aquí sigui superior a la despesa real que l'Hospital Vall d'Hebron destina exclusivament a atenció hospitalària d'aguts.

També hi ha altres serveis proveïts a la ciutat que són gestionats directament pel serveis centrals del CatSalut (per exemple, el Servei d'Emergències Mèdiques – SEM - o els contractes amb entitats per a la interrupció de l'embaràs) o que ho són directament per altres entitats públiques (per exemple les subvencions de la Generalitat no vehiculitzades pel CatSalut).

Aquestes dades posen de manifest el caràcter hospitalocèntric del model sanitari català. **La despesa en compra de serveis d'atenció hospitalària d'aguts suposa al voltant del 67% de la despesa en serveis sanitaris realitzada a la ciutat de Barcelona.**

4.2 Atenció hospitalària i especialitzada

Seguint amb la classificació dels centres d'atenció hospitalària i especialitzada, en base a la propietat, ja apuntada en apartats anteriors, els nou hospitals de Barcelona es poden classificar:

1. **Institut Català de la Salut** (n=1): Hospital Universitari Vall d'Hebron.
2. **Entitats públiques i consorcis** (n=4): Hospital Clínic de Barcelona, Hospital del Mar, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Hospital Dos de Maig.
3. **Entitats privades sense ànim de lucre** (n=3): Fundació Puigvert –IUNA, Hospital Plató i Hospital Sant Rafael.
4. **Entitats privades amb ànim de lucre** (n=1): Hospital Universitari Sagrat Cor.

4.2.1 La situació de l'atenció hospitalària i especialitzada a Barcelona ciutat

La taula 3 mostra els valors absoluts i les proporcions de recursos assistencials i pressupost contractats amb el CatSalut dels hospitals de Barcelona integrats en el SISCAT. L'Hospital Universitari Vall d'Hebron és el primer hospital en volum de llits i altes, disposant d'un 31% i un 29% del total respectivament. No obstant això, és important mencionar la important divergència entre les dades de la Central de Resultats i les proporcionades per les pròpies memòries dels hospitals.

Taula 3. Activitat i contracte amb el Servei Català de la Salut dels hospitals de Barcelona integrats al SISCAT (2014)

	Altes	Llits	Pressupost	Àrees Integrals de Salut
Institut Català de la Salut	29%	31%	32%	
Hospital Universitari Vall d'Hebron	55874	1073	428.699.598	Barcelona Nord
Entitats públiques i consorcis	52%	52%	56%	
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	37626	682	291.551.564	Barcelona Dreta
Hospital del Mar	26559	505	187.164.634	Barcelona Litoral Mar
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	32020	540	230.562.781	Barcelona Dreta
Hospital Dos de Maig	6433	60	27.002.041	Barcelona Dreta
Entitats privades sense ànim de lucre	12%	11%	8%	
Fundació Puigvert - IUNA	5704	111	43.020.040	Barcelona Dreta
Hospital Plató	9206	95	34.970.317	Barcelona Esquerra
Hospital Sant Rafael	8514	178	23.622.791	Barcelona Nord
Entitats privades amb ànim de lucre	7%	5%	4%	
Hospital Universitari Sagrat Cor	13783	167	58.921.294	Barcelona Esquerra

Font: Memòria del CSB i Central de Resultats. Elaboració pròpia.

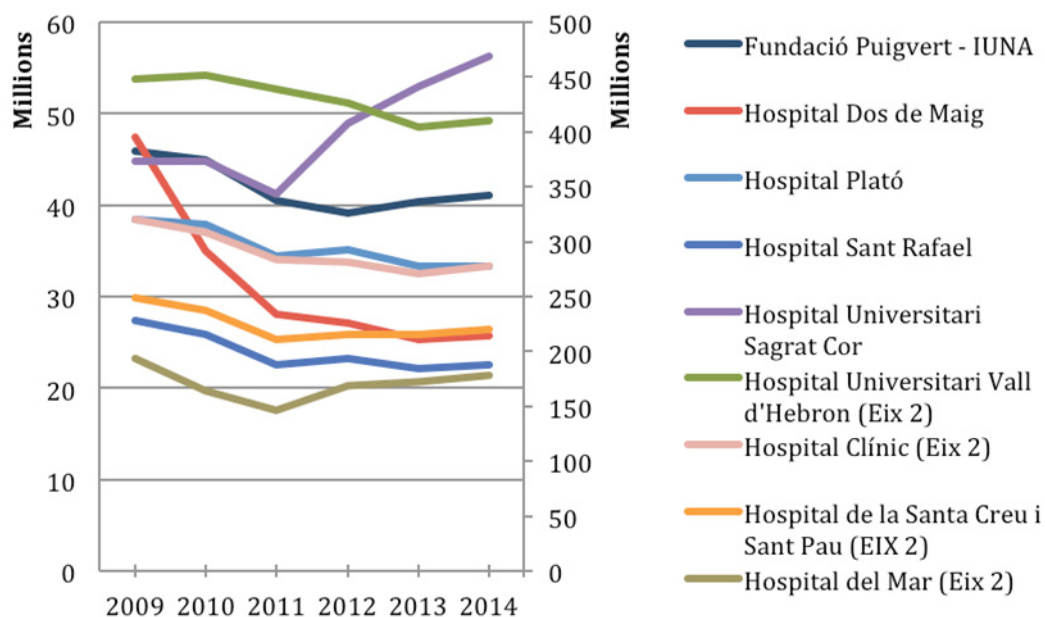
Si bé les entitats privades –amb i sense ànim de lucre- reben un finançament del CatSalut inferior a la proporció de llits i altes, els centres EPIC i ICS mostren la relació inversa, la proporcionalitat entre els recursos assistencials i el volum del contracte amb el CatSalut es manté en la majoria de centres. Els hospitals considerats entitats públiques i consorcis aglutinen el 52 per cent dels llits i el 52 per cent de les altes registrades a Barcelona mentre que contracten amb el CatSalut un 29% de l'assignació. L'hospital Universitari Sagrat Cor és l'hospital que rep menys recursos en proporció a les altes que registra i els llits dels quals disposa, segurament per la menor complexitat de la patologia atesa. És també, amb un contracte de 58.921.294 euros per l'any 2014, el centre que més recursos rep del CatSalut després dels quatre grans hospitals de la ciutat.

4.2.2 Evolució dels contractes signats entre el CatSalut i els hospitals de Barcelona integrats al SISCAT

Per estudiar l'evolució temporal, s'han ajustat els imports nominals anuals amb l'índex de preus al consum de serveis sanitaris de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i s'ha pres l'any 2009 com a any base¹. Per tant, en el gràfic 3 es pot veure l'evolució del valor real dels contractes que els hospitals han signat amb el CatSalut durant el període 2009-2014. La tendència general és una disminució del pressupost a partir de l'any 2009 o 2010 fins l'any 2011, moment en que els volums contractats o disminueixen lleugerament o s'estabilitzen fins l'any 2014.

¹ Es va consultar la base de dades de l'INE al novembre de 2015.

Gràfic 3. Evolució del pressupost contractat amb el CatSalut. En termes reals, hospitals del SISCAT (2009-2014)



Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

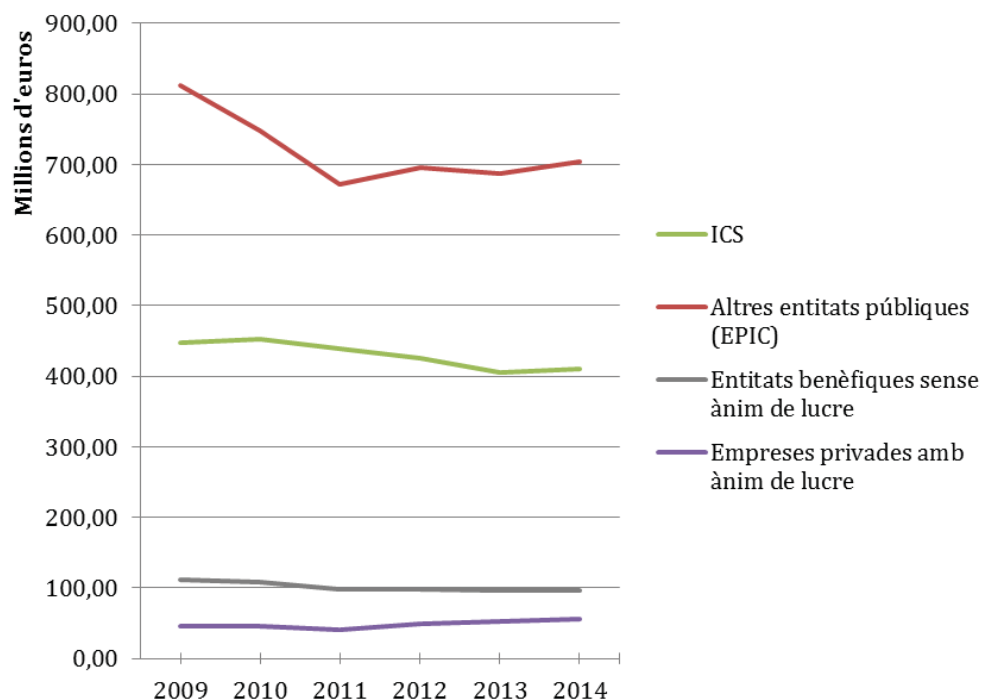
Hi ha però certs casos que no s'ajusten a aquesta tendència. El cas més destacable és el de l'Hospital Universitari Sagrat Cor: si bé fins l'any 2011 s'ajusta a la tendència general, entre l'any 2011 -contràriament a la resta d'hospitals- i el 2014 experimenta un creixement marcat i constant de l'import contractat amb el CatSalut. La taula 4 indica que aquest hospital augmenta el pressupost del contracte amb el CatSalut un 25,53 per cent entre l'any 2009 i 2014.

Diversos testimonis indiquen que aquesta evolució és fruit de l'acord després de la fallida i venda de l'Hospital (a l'any 2011-12) per prevenir expedients de regulació d'ocupació que impliquessin reduccions de plantilla. No hem tingut accés a aquests acords i quines són les implicacions pel futur.

D'altra banda, **l'Hospital Universitari Vall d'Hebron experimenta una reducció constant del pressupost entre l'any 2010 i el 2013**, si be en el darrer any el pressupost augmenta lleugerament. Al final del període analitzat rep un 8,49 per cent menys dels recursos del CatSalut des que rebia l'any 2009.

Finalment cal destacar l'evolució de l'Hospital del Mar, que a partir de 2011 experimenta la major recuperació, després del Sagrat Cor, del pressupost contractat amb el CatSalut. L'Hospital Dos de Maig, inicia un procés de tancament al mes de juny de 2011, com es va anunciar des de la Conselleria de Salut, que havia de significar el trasllat del nou hospital de Sant Joan Despí. No obstant això, el centre ha continuat l'activitat amb uns nivells pressupostaris i d'activitat molt menors.

Gràfic 4. Evolució del pressupost real contractat entre els hospitals i CatSalut en termes reals, per tipus de proveïdor del SISCAT (2009-2014)



Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

Si analitzem agregadament els volums contractats en funció de propietat dels proveïdors, s'observa al gràfic 4 que tot i la forta disminució que les EPIC van patir durant el període 2009-2011 continuen essent els proveïdors als quals el CatSalut destina major volum de recursos. Aquesta categoria aglutina a tres dels quatre grans hospitals de Barcelona (Hospital del Mar, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Hospital Clínic). La major variabilitat es deu principalment a dos factors. Durant el període 2009-2011 a la forta davallada del pressupost destinat a l'Hospital Dos de Maig i durant els anys següents a l'augment del contracte entre l'Hospital del Mar i el CatSalut. L'import del contracte de l'Hospital Clínic de Barcelona va disminuint de manera més estable al llarg de tot el període. El conjunt d'entitats privades sense ànim de lucre, per la seva banda, entre 2009 i 2011 experimenten una forta reducció del volum contractat agregat, i a partir de llavors fins l'any 2014 mantenen el volum de contractació lleugerament superior als 300 milions d'euros anuals.

Taula 4. Variació de l'import del contracte amb el CatSalut durant el període 2009-2014 per tipus de proveïdor

	Variació 2009-2014
Institut Català de la Salut	-8,49%
Entitats públiques i consorcis	-13,28%
Entitats privades sense ànim de lucre	-13,17%
Empreses privades amb ànim de lucre	25,53%

Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

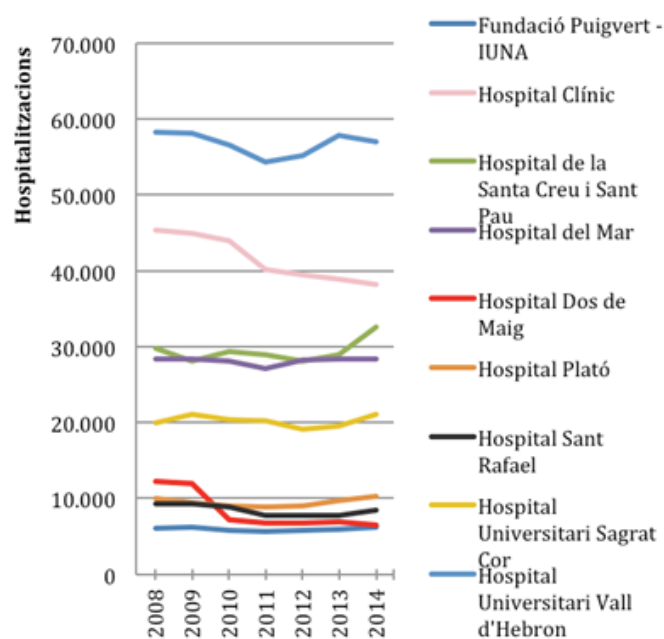
A la taula 4 es pot veure les variacions percentuals dels imports dels contractes signats entre els hospitals i el CatSalut segons la categoria de proveïdors de serveis sanitaris. Tal i com ja s'havia apuntat anteriorment tots els proveïdors disminueixen el valor del contracte exceptuant les empreses privades amb ànim de lucre, en altres paraules, **l'Hospital Universitari el Sagrat Cor augmenta l'import del contracte un 25,53 per cent en termes reals.**

4.2.3 Evolució de l'activitat assistencial dels hospitals de Barcelona integrats al SISCAT durant el període 2008-2014

La primera variable que s'ha considerat com a indicativa de l'activitat assistencial dels hospitals de Barcelona han estat les hospitalitzacions.

En termes generals no sembla que hi hagi una tendència clara en quant a les l'activitat assistencial dels diferents centres hospitalaris, doncs si bé hi ha certes excepcions, la majoria de centres el 2014 registren volums d'hospitalitzacions similars als de l'any 2008.

Gràfic 5. Evolució de les hospitalitzacions del SISCAT als hospitals de Barcelona (2008-2014)



Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

Taula 5. Variació de les hospitalitzacions als hospitals de Barcelona integrats al SISCAT (2008-2014)

	Variació 2008-2014
Fundació Puigvert - IUNA	2,11%
Hospital Clínic	-15,99%
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	9,66%
Hospital del Mar (Parc Salut Mar)	-0,21%
Hospital Dos de Maig (Barcelona)	-47,44%
Hospital Plató	3,62%
Hospital Sant Rafael	-8,12%
Hospital Universitari Sagrat Cor	5,67%
Hospital Universitari Vall d'Hebron	-2,30%

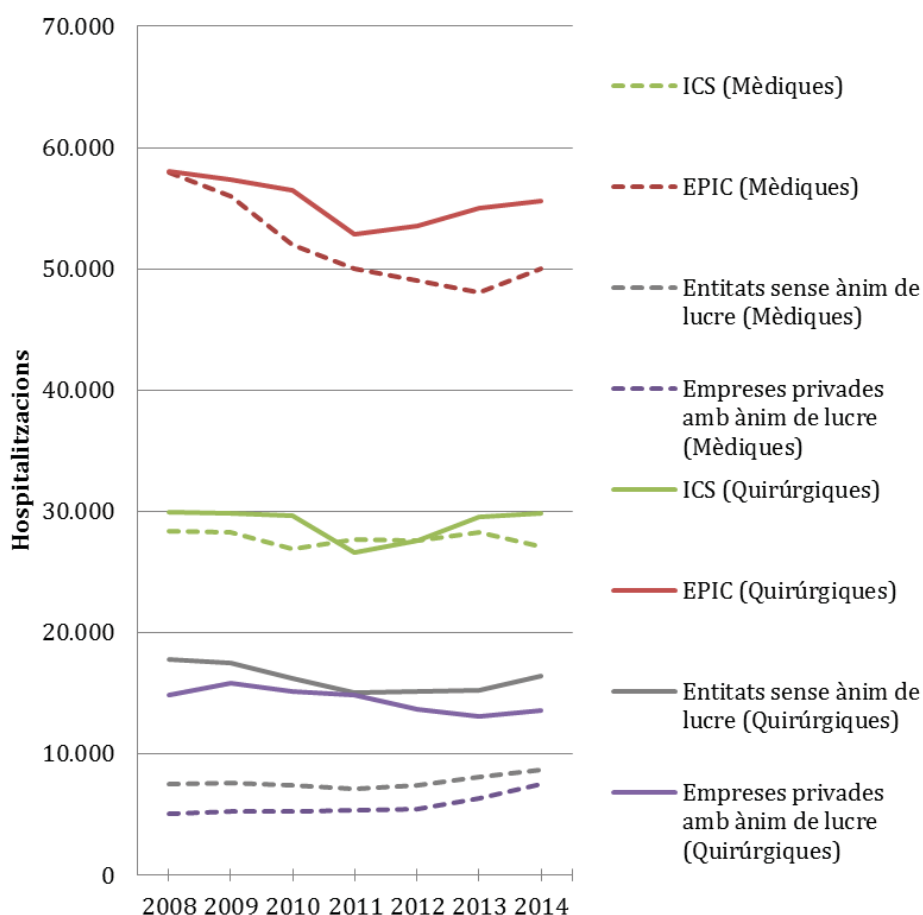
Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

Es pot destacar la reducció de les hospitalitzacions registrades a l'Hospital Clínic de Barcelona. Aquest centre redueix el volum d'hospitalitzacions en un 16 per cent, el que equival a 7.263 hospitalitzacions menys al 2014 que al 2008. Atesa l'evolució de les hospitalitzacions registrades a l'Hospital Universitari Sagrat Cor i a l'Hospital Plató, podria ser que **part de l'activitat que ha deixat de fer l'Hospital Clínic hagi estat assumida per aquests dos centres que formen part de l'Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra** conjuntament amb el primer.

D'altra banda l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, amb un augment del 9,66 per cent, l'any 2014 registra 2.874 hospitalitzacions més que l'any 2008. De manera anàloga es podria establir certa relació entre aquest augment i la disminució d'activitat de l'Hospital Dos de Maig en tant que ambdós centres es troben a l'AIS Barcelona Dreta.

Per poder veure si hi ha una tendència diferenciada en l'activitat assistencials dels diferents tipus de proveïdors en funció de la tipologia d'hospitalitzacions, s'ha procedit analitzar l'evolució de les hospitalitzacions mèdiques i quirúrgiques registrades als hospitals del SISCAT durant el període 2008-2014.

Gràfic 6. Evolució de les hospitalitzacions mèdiques i quirúrgiques dels hospitals de Barcelona integrats al SISCAT per tipus de proveïdor (2008-2014)



Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

En termes genèrics al llarg de tot el període analitzat, **les entitats privades amb ànim de lucre registren més hospitalitzacions quirúrgiques que mèdiques i tenen tendència a reduir aquesta diferència.** En el cas de les EPIC, l'any 2008 es registren aproximadament tantes hospitalitzacions mèdiques com quirúrgiques, però les primeres disminueixen al llarg de tot el període estudiat.

L'HUVH mostra menys variabilitat durant tot el període, i si bé hi ha una disminució de les altes quirúrgiques entre l'any 2010 i 2011 possiblement com a conseqüència de les retallades als pressupostos de la Generalitat –doncs que afecta per igual a les entitats privades sense ànim de lucre i a les EPIC-, aquestes tornen a augmentar per a situar-se l'any 2014 a nivells semblants als de 2008.

El gràfic 6 mostra tendències desiguals en funció del tipus de proveïdor hospitalari. Així, mentre les hospitalitzacions quirúrgiques disminueixen lleugerament per tots els tipus de proveïdor, en les mèdiques s'observa una evolució diferenciada segons la propietat del proveïdor: durant tot el període augmenten lleugerament a les EPIC i en canvi a les entitats privades, amb i sense ànim de lucre, es mantenen constants fins l'any 2012 quan augmenten fins l'any 2014. El proveïdor de l'ICS, l'HUVH, registra al voltant de 27.000 hospitalitzacions mèdiques anuals durant tot el període.

4.2.4 Les altes convencionals de pacients residents a Barcelona ciutat segons finançament

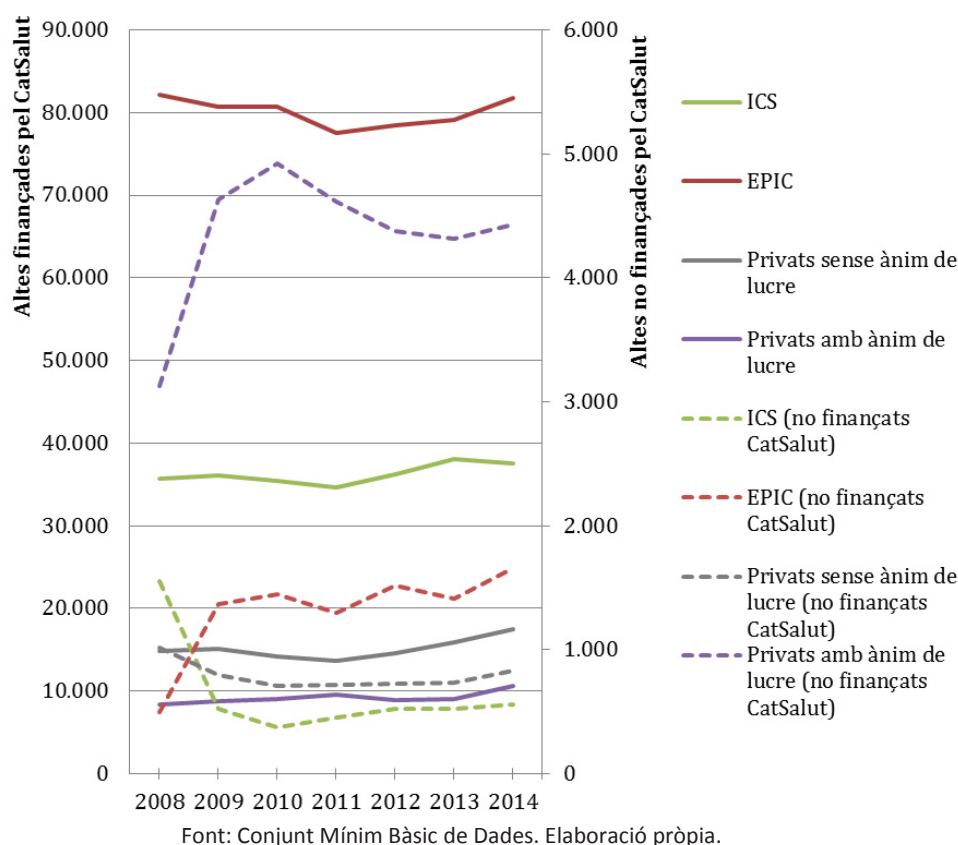
El finançament de l'activitat hospitalària a Barcelona no es redueix a la que es finançada públicament per mitja del CatSalut, sinó que les mútues d'assegurança lliure, que inclouen certs treballadors públics que opten per la cobertura de les mutualitats públiques, les mútues obligatòries, per accidents laborals i malalties professionals, i les assegurances d'accidents, a banda de la pràctica privada sense intermediaris, financen altres activitats als centres de la xarxa d'utilització pública. El CMBD ens ha subministrat dades per a les altes de tots els proveïdors sanitaris, si be ens ha advertit que la qualitat de la informació corresponent als centres no integrats en el SISCAT no ha estat mai prou validada, ni usada, si es compara amb els dels centres del SISCAT.

L'anàlisi segueix quatre passos: a) evolució 2008-2014 de les altes convencionals dels hospitals integrats al SISCAT segons siguin o no finançades pel CatSalut, per tipus de proveïdors; b) evolució 2008-2014 de les altes convencionals de tots els hospitals de Barcelona, integrats i no integrats en el SISCAT, segons siguin o no finançades pel CatSalut; c) evolució 2008-2014 de les altes convencionals de tots els hospitals de Barcelona, integrats i no integrats en el SISCAT, finançades per mútues obligatòries, per tipus de propietat jurídica; d) altes finançades per les mutualitats públiques als centres de dins i fora del SISCAT. El cas de la Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat (MUFACE) durant l'any 2014.

a) Evolució 2008-2014 de les altes convencionals dels hospitals integrats al SISCAT segons siguin o no finançades pel CatSalut, per tipus de proveïdors.

En primer lloc cal definir les categories "altes finançades pel CatSalut" i "altes no finançades pel CatSalut". En el primer cas no s'estan calculant les altes finançades públicament, que també inclourien les altes finançades per les mutualitat públiques com MUFACE. Es fa referència a aquelles altes convencionals estrictament cobertes pel Servei Català de la Salut i, per tant, seguides des del Consorci de Salut de Barcelona. Pel que fa a la categoria d'altes no finançades s'han agregat totes aquelles altes que no estan estrictament finançades pel CatSalut. Per tant aquesta darrera categoria no es pot interpretar com un indicador directament relacionat amb el col·lectiu poblacional que opta per un assegurement privat enlloc del sistema públic, doncs també inclou les altes finançades per mútues d'accidents de treball, malalties professionals, accidents de trànsit i altres obligatòries que no tenen a veure la amb la preferència del ciutadà per un sistema o un altre.

Gràfic 7. Evolució de les altes convencionals dels residents a Barcelona als hospitals de Barcelona integrats al SISCAT per tipus de proveïdor i finançament (2008-2014)



Taula 6. Variació de les altes convencionals dels residents a Barcelona als hospitals de Barcelona integrats al SISCAT per tipus de proveïdor i finançament (2008-2014)

	Variació altes 2008-2014	Variació percentual 2008- 2014
Altes finançades pel CatSalut	6451	4,57%
Institut Català de la Salut	1935	5,43%
Entitats públiques i consorcis	-433	-0,53%
Privats sense ànim de lucre	2704	18,23%
Privats amb ànim de lucre	2245	26,73%
Altes no finançades pel CatSalut	1286	20,78%
Institut Català de la Salut	-994	-64,01%
Entitats públiques i consorcis	1160	233,87%
Privats sense ànim de lucre	-180	-17,79%
Privats amb ànim de lucre	1300	41,57%

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Elaboració pròpia.

El gràfic 7 ja mostra que el volum d'altres finançades pel CatSalut és considerablement major al de les altres no finançades pel CatSalut en tots els tipus de proveïdor del SISCAT, atès que es tracta d'hospitals integrats en la xarxa del SISCAT. No obstant, també es pot observar un **fort descens de les altres no finançades pel CatSalut a l'hospital de l'ICS, quasi coincident amb un augment de les altres convencionals no finançades pel CatSalut en aquells hospitals EPIC.**

En el període 2008-2014 (Taula 8) les altres finançades pel CatSalut augmenten un 4,57% (o 6451 altres més l'any 2014 que el 2008). Aquest discret augment és el resultat de la lleugera reducció en 433 altres (-0,53%) en els hospitals consorciats i el lleuger augment a l'ICS de 1.935 altres (+5,43%). Els hospitals privats i benèfics sense ànim de lucre augmenten en 2.704 altres (+18,23%) i el Sagrat Cor, entitat privada amb ànim de lucre, ho fa en 2.245 altres (+26,73%).

En el mateix període, les altres no finançades pel CatSalut han augmentat més que les del CatSalut en termes relatius, un +20,78% (o 1.286 altres) malgrat que segueixen representant menys d'un 5% del total d'altres ateses en els hospitals del SISCAT.

Aquest **augment de les altres no finançades pel CatSalut es concentra sobretot en els hospitals EPIC, un 233,87% (o 1.160 altres) i en l'hospital privat amb ànim de lucre, el Sagrat Cor, que augmenta un +41,57% (o 1.300 altres).** Mentre que tant l'ICS (-994 o -64,01%) com els hospitals pertanyents a entitats benèfiques sense ànim de lucre baixen lleugerament de 180 altres (-17,79%).

Les EPICs, que han experimentat una lleugera reducció global de les altres finançades pel CatSalut en el període 2008-2014, han experimentat un augment de les altres no finançades pel CatSalut i en el cas de l'ICS i les entitats privades sense ànim de lucre s'ha produït el fenomen invers. El Sagrat Cor ha mostrat increments en ambdós tipus de finançament.

L'Hospital Universitari Vall d'Hebron passa de ser el segon en volum d'altres no finançades pel CatSalut l'any 2008, només per sota de l'Hospital Universitari Sagrat Cor, a estar per sota - de l'agregat de centres- del altres tres tipus de proveïdor. Observem que aquests canvis són més evidents en el període 2008-2010².

b) Evolució 2008-2014 de totes les altres convencionals de tots els hospitals de Barcelona, integrats i no integrats al SISCAT, segons siguin o no finançades pel CatSalut.

Per entendre la distribució de les altres no finançades pel CatSalut a la ciutat de Barcelona i el seu impacte, hem de veure també com evolucionen i es comporten els centres no integrats al SISCAT i comparar-los amb els que si ho estan.

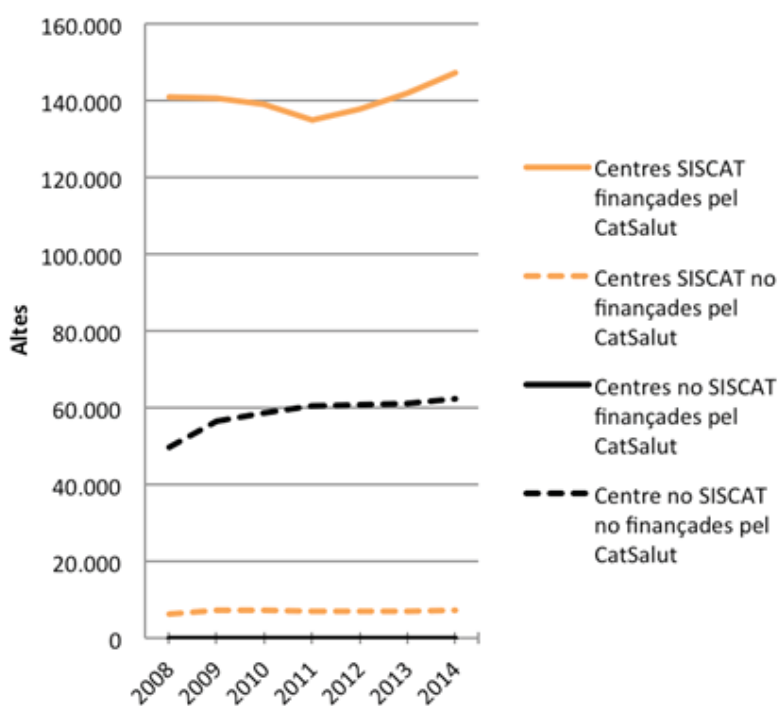
En el gràfic següent comparem les altres convencionals finançades pel CatSalut amb les altres cobertes per assegurança lliure i per particulars. A diferència dels centres del SISCAT, en els centres que no són del SISCAT el CMBD no permet distingir entre la utilització de les

² Si no s'hi inclouen les altres finançades per mútues d'accidents i malalties laborals, de trànsit i per assegurances obligatòries, el volum d'altres no finançades pel CatSalut a les EPIC i a l'ICS és molt inferior.

assegurances lliures quan ho és per mutualistes de MUFACE i altres mutualitats públiques de quan ho és per persones que opten directament per una assegurança privada. En canvi, en els centres del SISCAT aquesta desagregació és possible. En aquest primer escenari no s'ha inclòs en el grup "altes no finançades pe CatSalut", les altes d'accidents laborals, malalties professionals o accidents de trànsit, perquè tot i que no les paga el CatSalut, no reflecteixen la voluntat del pacient de recórrer a la sanitat privada atès que l'assegurament en aquests casos és obligat per llei i únicament cobert per mútues privades i/o assegurances lliures.

En el segon escenari, s'han inclòs les altes finançades per mútues d'accidents de treball, malalties professionals, de trànsit i les obligatòries. Els resultats no són gaire diferents perquè aquestes darreres representen un percentatge petit.

Gràfic 8. Evolució de les altes convencionals dels pacients residents a Barcelona als hospitals de Barcelona segons pertinença al SISCAT i finançament CatSalut (2008-2014)



Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Elaboració pròpia.

Taula 7a. Variació de les altes convencionals als hospitals de Barcelona ciutat dels residents a Barcelona ciutat, segons si l'hospital és dins o fora el SISCAT i si el finançament és pel CatSalut o no (2008-2014)

	Variació altes 2008-2014	Variació percentual 2008-2014
Altes no finançades pel CatSalut	14.365	37,39%
Centres SISCAT	1.286	20,78%
Centres no SISCAT	12.663	25,35%
Altes finançades pel CatSalut	6.463	4,58%
Centres SISCAT	6.451	4,57%
Centres no SISCAT	12	57%

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Elaboració pròpia.

Taula 7b. Variació de les altes convencionals als hospitals de Barcelona ciutat integrats al SISCAT dels residents a Barcelona ciutat per tipus de proveïdor i segons finançament (2008-2014)

	Proporció sobre el total d'altes (global 2014)	Proporció sobre el total d'altes (per tipus 2014)
Altes no finançades pel CatSalut	31,55%	
Centres SISCAT	3,43%	4,82%
Centres no SISCAT	28,77%	99,95%
Altes finançades pel CatSalut	68,45%	
Centres SISCAT	68,32%	95,18%
Centres no SISCAT	0,02%	0,05%

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Elaboració pròpia.

El gràfic 8 i les taules 7a i 7b mostren que el 2014 els centres no SISCAT realitzaven un 99,95% (del total de les altes no finançades pel CatSalut). Inversament, l'activitat que el 2014 declaraven haver realitzat finançada pel CatSalut era marginal (0,02%). Els hospitals el SISCAT com ja hem comentat abans realitzen un 4,82% de totes les altes no finançades pel CatSalut i la pràctica totalitat, com seria d'esperar, de les finançades pel CatSalut (99,95%).

Si analitzem l'evolució durant el període 2008-2014, **el volum d'altes no finançades pel CatSalut ha augmentat en un 37,39% (14.365 casos més el 2014 que el 2008)**. El de les altes finançades pel CatSalut fou d'un 4,58% (6.463). L'increment de les altes no finançades pel CatSalut ha estat sobre tot en els centres no-SISCAT (un 25,35% que representen 12.663 casos més l'any 2014 si es compara amb el 2008) **però l'augment percentual en els centres SISCAT també ha estat notable (20,78%), han representat 1.286 casos més que els del 2008**.

Si bé, en els centres del SISCAT, el volum d'altes finançades pel CatSalut és molt més elevat (aproximadament 14 vegades) que les altes no finançades pel CatSalut tant les unes com les altres experimentaren una davallada important entre 2010 i 2011 i tornen a créixer de manera constant a partir del 2011.

Les altes finançades pel CatSalut als centre no SISCAT han estat mínimes al llarg de tot el període i no podem desestimar que siguin errors de codificació en el CMBD.

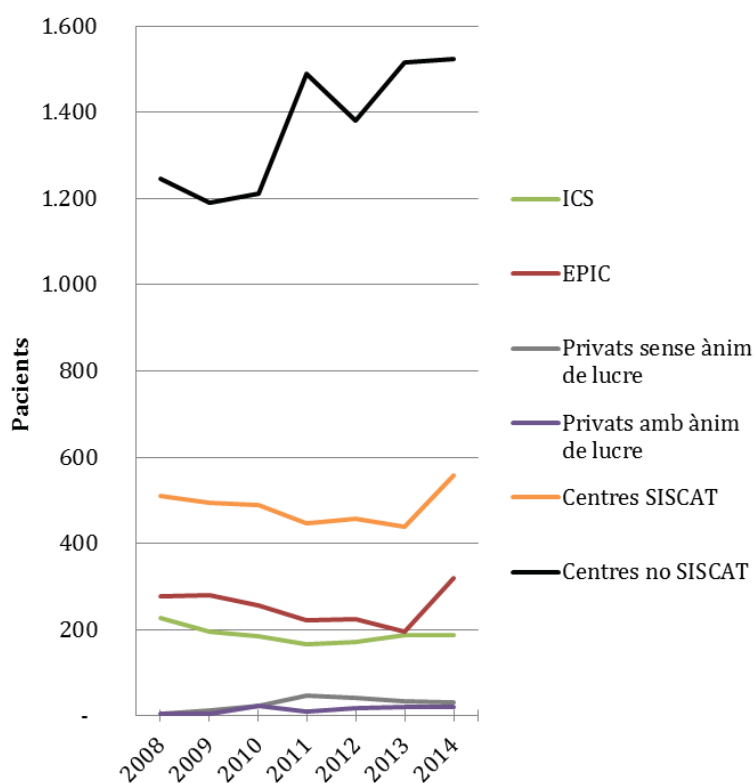
Les dades disponibles no permeten confirmar que hi hagi una tendència de “trasllat” de pacients de dins a fora del SISCAT i d'altra banda, **confirma un cert esforç d'alguns dels hospitals del SISCAT per captar més activitat no finançada pel CatSalut.**

c) Evolució 2008-2014 de les altes convencionals de tots els hospitals de Barcelona, integrats i no integrats al SISCAT, finançades per mútues obligatòries, per tipus de propietat jurídica.

En aquest apartat s'han analitzat les altes finançades per mútues obligatòries, incloses en la categoria d'altes no finançades pel CatSalut als apartats anteriors. Es tracta d'activitat on no hi ha una elecció de cobertura provada, sinó que la cobertura per una entitat d'assegurança lliure o una mútua d'accidents de treball i malalties professionals o d'altres ve determinada pel tipus de problema de salut (accident laboral, malaltia professional, accident de trànsit, accident esportiu, etc.). Inclou les altes finançades per:

1. Mútues d'accidents de treball i malalties professionals
2. Mútues d'accidents de trànsit
3. Altres asseguradores obligatòries (escolar, esportives, etc.)

Gràfic 9. Evolució de les altes convencionals de residents a Barcelona als hospitals de Barcelona finançades per mútues obligatòries segons tipus de proveïdor i integració al SISCAT (2008-2014)



Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Elaboració pròpia.

Taula 8. Evolució de les altes convencionals als hospitals de Barcelona finançades per mútues obligatòries en centres SISCAT i no SISCAT respectivament (2008-2014)

	Variació altes 2008-2014	Variació percentual 2008- 2014	Proporció sobre el total d'altes (global 2014)
Centres no SISCAT	277	22,23%	73,19%
Centres SISCAT	47	9,20%	26,81%
Institut Català de la Salut	-38	-17%	9,03%
Entitats públiques i consorcis	42	15%	15,33%
Privats sense ànim de lucre	27	675%	1,49%
Privats amb ànim de lucre	16	400%	0,96%

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades. Elaboració pròpia.

El gràfic 9 i la taula 8 mostren que la major part de les altes finançades per les mútues de treball, accidents de trànsit i altres mútues obligatòries es registren a centres privats no integrats en la xarxa pública del SISCAT (representen el 73,19%). A més si aquesta diferència ja era notable l'any 2008, quan el 70,9 per cent de les altes cobertes per mútues d'aquest tipus es registraven a centre de fora del SISCAT, aquesta proporció augmenta, en 277 altes, al llarg del període fins arribar al 73,2 per cent l'any 2014. Mentre que els centres del SISCAT només en registren 47 més que significa una reducció de la quota de mercat del 29,1% al 26,8%. Entre els proveïdors del SISCAT la tendència general al llarg del període es decreixent fins l'any 2013, quan s'experimenta un creixement del 26,8 per cent d'aquest tipus d'altes atribuïble només a les EPIC i a les entitats privades sense ànim de lucre. Ni l'ICS, ni el Sagrat Cor experimenten aquest canvi.

Les dades podrien explicar l'intent d'alguns hospitals del SISCAT de competir per aquests ingressos que tradicionalment han estat atesos en els centres no-SISCAT que, en alguns casos, estan especialitzats en aquestes contingències com les clíniques de les mútues d'accidents.

d) Les altes finançades per les mutualitats públiques als centres de dins i fora del SISCAT. El cas de MUFACE durant l'any 2014.

Més enllà del Règim General de la Seguretat Social al qual estan acollits la majoria dels ciutadans, a l'Estat espanyol existeixen altres règims especials per determinats col·lectius professionals, els anomenats règims especials. Els funcionaris de l'Administració Civil, els de l'Administració de Justícia i el personal al servei de les Forces Armades i de la Guardia Civil són alguns dels col·lectius inclosos en aquest tipus de règim especial. En el cas de l'Administració civil és la Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat (MUFACE), en el cas de l'Administració de Justícia és la Mutualitat General Judicial (MUGEJU) i en el cas de les Forces Armades i la Guardia Civil, l'Institut Social de les Forces Armades (ISFAS).

La característica principal d'aquests règims especials, pel que fa a la cobertura sanitària, és que poden escollir anualment entre dues modalitats de cobertura: l'assistència sanitària pública o assistència sanitària privada per mitjà d'una companyia d'assegurança lliure..

La dimensió dels col·lectius protegits per el règim especial, l'any 2014 a tot l'Estat espanyol, entre titulars i beneficiaris, és de 1.515.996, 95.037 i 621.300 persones per MUFACE, MUGEJU i ISFAS respectivament. Aquestes xifres per a la Província de Barcelona són de 112.093, 9.228 i 9.917 respectivament.

Per poder aproximar l'impacte d'aquest col·lectiu en l'assistència hospitalària a Barcelona, hem suposat que les altes finançades per les mutualitats públiques, que és com es registra en el CMBD, fa referència només a les persones sota el règim de MUFACE. La memòria de MUFACE de l'any 2014 ens diu que el 81,75% dels assegurats escullen la modalitat de cobertura sanitària privada enfront al 18,25% restant que decideixen ser atesos al sistema públic.

S'ha intentat estimar la dimensió d'aquesta transferència de diners públics cap al sistema sanitari de finançament privat, per via de les assegurances privades, a partir del càlcul de les altes convencionals finançades per aquestes mutualitats públiques en els hospitals de fora del SISCAT.

A partir de les dades de la memòria anual de MUFACE 2014 s'ha estimat que a la ciutat de Barcelona, el 2014, s'haurien produït 4.255 altes convencionals finançades per mutualitats públiques. Si es considera que en els centres SISCAT ja es registraren 1.253 altes finançades per mutualitat públiques, podríem pensar que, **aproximadament, 3.000 altes de les registrades en els centres no integrats en el SISCAT que consten com a cobertes per entitats d'assegurança lliure són, de fet, finançades per mutualitats públiques.**

Com en el cas de les altes finançades per assegurances obligatòries, alguns hospitals de la xarxa pública del SISCAT han intentat captar les altes finançades per mutualitats públiques, fins ara atesos principalment als hospitals privats com una font més d'ingressos.

4.3 Atenció especialitzada familiar i comunitària i de salut pública en l'àmbit de l'atenció primària

El 74% dels Equips d'Atenció Primària (EAP) de la ciutat de Barcelona són propietat de l'Institut Català de la Salut, mentre que el 26% restant dels EAPS està, a parts iguals, dividit entre entitats públiques i consorcis i entitats privades amb ànim de lucre. En quant a activitat, l'any 2014 els EAPs que pertanyen a EPIC van registrar 141,226 visites més que les entitats privades amb ànim de lucre (taula 9). Deixant de banda l'EAP gestionat per CSC Vitae S.A (societat de naturalesa mercantil de propietat pública), la resta d'entitats privades amb ànim de lucre que presten serveis d'atenció en aquest àmbit són entitats de base associativa (EBA).

Taula 9. Recursos i activitat en atenció primària a Barcelona ciutat (2014)

	Equips d'atenció primària	Total Visites CAPS
Institut Català de la Salut	73,5%	75,4%
ICS	50	6.102.127
Entitats públiques i consorcis	14,7%	15,2%
Consorti Sanitari Integral	2	204.085
PAMEM	4	455.288
CAPSE	3	408.839
CSC Vitae SA	1	160.469
Entitats privades amb ànim de lucre	11,8%	9,4%
EAP Sardenya SLP	1	33.084
EAP Sarrià Vallvidrera Les Planes	3	183.284
EAP Dreta de l'Eixample S.L.P	1	191.554
EAP Vallcarca-Sant Gervasi	2	228.716
EAP Poble Sec	1	129.879
Total Barcelona	68	8.097.325

Font: Central de Resultats. Elaboració pròpia.

4.3.1 Antecedents de les Entitats de Base Associativa a Catalunya

L'autogestió en l'àmbit de l'Atenció Primària, troba el seu origen en les Entitats de Base Associativa (EBA). Es tracta d'associacions de professionals sanitaris (principalment metges/esses, però també alguns infermers/es i odontòlegs) constituïdes en empresa (entitats amb ànim de lucre) per a gestionar de manera autònoma la prestació de serveis d'atenció primària a la població de referència d'una o més àrees bàsiques de salut (ABS) (17).

L'origen d'aquestes entitats es troba al 1995 en la Llei 1/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la LOSC aprovada pel Parlament de Catalunya, la qual fa possible la contractació -per concurs públic- d'una EBA per part del Servei Català de la Salut per a gestionar serveis sanitaris públics.

L'any 1996 apareix el primer Equip d'Atenció Primària (EAP) autogestionat de Catalunya, el CAP El Remei de Vic. Al cap d'un any s'aprova el Decret 209/1997, de 9 de desembre segons el qual s'estableixen els requisits de les Entitats de Base Associativa per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i atenció sanitària i sociosanitària.

Al 2002 neix l'Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa (ACEBA), que agrupa sota una mateixa organització tots els centres d'atenció primària autogestionats de Catalunya.

Les EBAs es regulen per la Llei 2/2007 de 15 de març de Societats Professionals, i de manera supletòria per les normes jurídiques que regulin les formes jurídiques en les quals es poden constituir (SL, SLP o SCCLP).

L'objectiu de les EBA, tal com el defineixen des d'ACEBA, és la transferència de capacitat de gestió autònoma als professionals dels equips d'atenció primària, per tal d'assolir una prestació dels serveis més eficient i una major implicació laboral per part dels professionals.

Actualment a Catalunya hi ha les següents dotze EBA -cinc de les quals estan a Barcelona ciutat (en negreta)- que gestionen tretze equips d'atenció primària:

- EAP Albera Salut
- EAP Alt Camp Oest
- **EAP Dreta de l'Eixample**
- EAP Osona Sud-Alt Congost
- **EAP Poble Sec**
- **EAP Sardanya**
- **EAP Sarrià Vallvidrera Les Planes** (EBA formada per dos societats professionals, EAP Sarrià SLP i Vallplasa Atenció Primària SLP)
- **EAP Vallcarca-Sant Gervasi**
- EAP Vic Muralles Salut SLP
- Prevenció Assistència i Seguiment SL (PAS SL)
- Pediatria dels Pirineus SCCLP

4.4 Atenció a la salut mental i addiccions

L'atenció a la salut mental i a les addiccions s'articula al voltant de dues xarxes assistencials – incloses dins del SISCAT- diferenciades i complementaries: la xarxa de salut mental i la xarxa d'atenció a les drogodependències. Ambdues xarxes són heterogènies i fragmentades en un gran nombre d'entitats i unitats proveïdores.

L'assistència en salut mental es proveeix mitjançant diferents recursos assistencials adaptats als tipus de necessitat a cobrir. El Consorci Sanitari de Barcelona en diferencia les següents tipologies:

- Hospitalització
 - Aguts
 - Subaguts
- Sociosanitària
- Monogràfics
- Ambulatoria especialitzada (CSMA i CSMIJ)
- Hospitals de dia
- Centres de dia

Aquests recursos assistencials tenen dispositius diferenciats per a adults i per a infantil/juvenil en funció del tipus de pacient a qui va dirigida l'assistència.

Exposem que la falta de detall en les dades disponibles pels pressupostos de cada un dels centres proveïdors de serveis d'atenció a la salut mental ha fet impossible una anàlisi pressupostària similar a la realitzada en l'àmbit de l'atenció hospitalària i especialitzada. La central de resultats només recull dades pressupostàries pels Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) i Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ). La relació de convenis disponibles per a 2013 i 2014 a la web de la Generalitat no permet distingir el pressupost total i les dades es presenten agregades nivell d'entitat, no per recursos. Si no es desagreguen aquestes dades no es pot fer l'anàlisi.

4.4.1 Xarxa de Salut Mental

La xarxa de salut mental de la ciutat de Barcelona, sense incloure els dispositius d'atenció a les drogodependències, està formada per 74 unitats proveïdores que pertanyen a 27 entitats diferents. La distribució de les entitats proveïdores seguint la classificació en base a la propietat dels recursos és la següent.

Taula 10. Classificació de les entitats proveïdores d'atenció a la salut mental a la ciutat de Barcelona (2014)

	Proveïdors
Institut Català de la Salut	1
Entitats públiques i consorcis	4
Entitats privades sense ànim de lucre	19
Entitats privades amb ànim de lucre	3

Font: Múltiples. Elaboració pròpia.

Institut Català de la Salut (ICS)

- Hospital General Vall d'Hebron

Entitats públiques i consorcis (EPIC)

- Consorci Mar Parc Salut de Barcelona
- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Parc Sanitari Pere Virgili

Entitats privades amb ànim de lucre

- Centre Psicoteràpia Barcelona S.A
- Serra de Vilana S.A
- SSR Hestia S.L

Entitats privades sense ànim de lucre

- AIS Pro-Joventut
- Associació ARAPDIS
- Associació Alba, centre especial

- Associació Centre Higiene Mental Nou barris
- Associació Rehabilitació de persones amb malaltia mental (AREP)
- Associació Salut Mental Horta-Guinardó
- Associació Centre Higiene Mental Les Corts
- Associació de la Paràlisi Cerebral ASPACE
- Centre especial Carrilet SCCL
- Centre de Rehabilitació per a Persones amb Autisme CERAC
- Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús
- Fundació Cardenal Vidal i Barraquer
- Fundació Eulàlia Torres de Beà
- Fundació Hospital de Dia de Nou Barris
- Fundació Hospital Sant Pere Claver
- Fundació Joventut Organitzada i Activa (JOIA)
- Fundació Nou Barris per a la Salut Mental
- Fundació Privada Els Tres Turons
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu

La majoria (82%) d'entitats que proveeixen serveis d'atenció a la salut mental a la ciutat de Barcelona són entitats privades. A la vegada, la majoria d'aquestes institucions són fundacions i associacions sense ànim de lucre: 8 fundacions i 8 associacions professionals.

El grup d'entitats privades amb ànim de lucre el conformen:

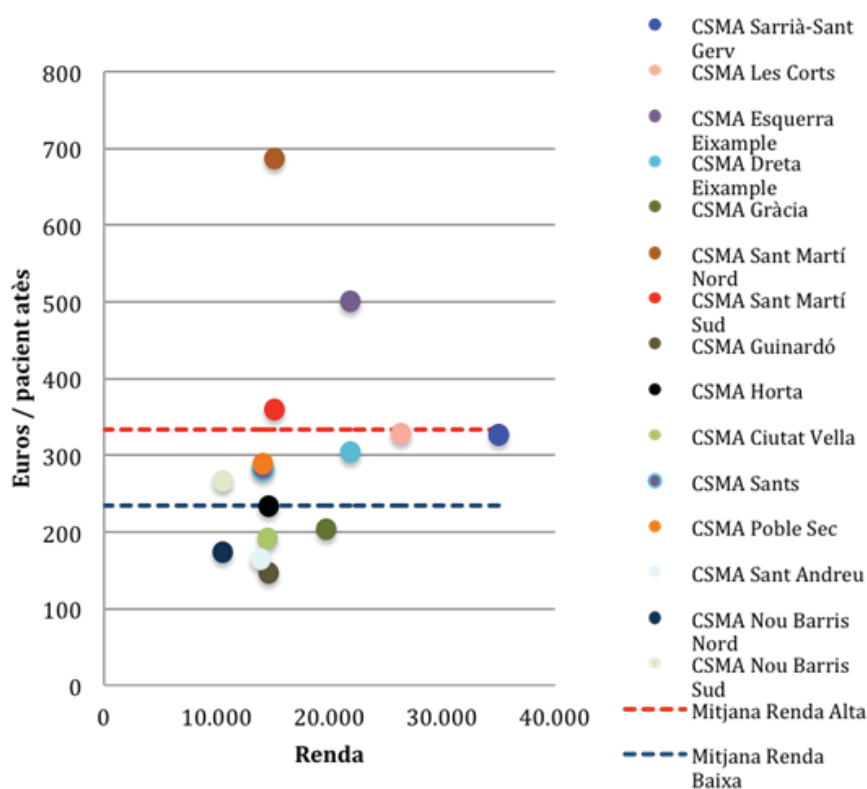
- El Centre Psicoteràpia Barcelona S.A, una associació de professionals fundada l'any 1980 que compta amb 11 dispositius assistencials repartits per la ciutat entre els quals hi ha, entre d'altres, centres de dia, hospitals de dia i centres d'atenció ambulatoria.
- L'empresa propietària de la Clínica Galatea –Hospital de Salut Mental Serra de Vilana S.A, en part propietat del Grup MED vinculat al col·legi de metges de Barcelona i amb vinculació sembla que amb Hestia S.L.

4.4.1.1 L'activitat i el finançament dels CSMA a Barcelona ciutat

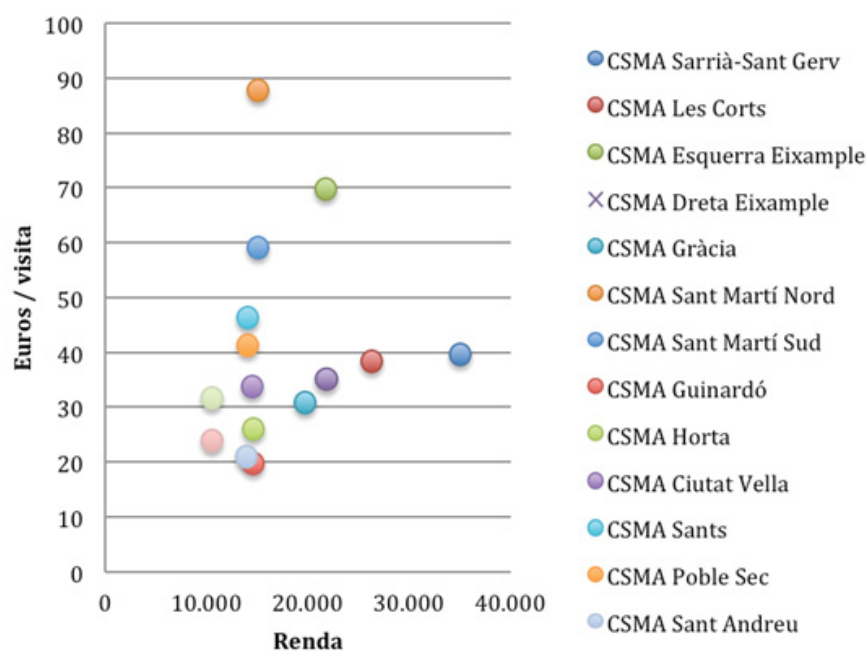
El sector ha insistit en les desigualtats en finançament i en disponibilitat de recursos observats entre els diferents centres de salut mental per adults a la ciutat de Barcelona. La Plataforma per la Defensa de l'Atenció Pública en Salut Mental a Catalunya (PSM) porten temps denunciant les desigualtats derivades de l'actual sistema de finançament dels Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) a la ciutat. Les dades que s'analitzen a continuació són extretes d'un estudi realitzat per un grup de treball dirigit pel Dr. Joan Tremoleda, coordinador del centre CSM Sant Andreu i que analitza les diferències de finançament dels CSMA de la ciutat de Barcelona ordenant els districtes de la ciutat , s'ordena els 15 centres de major a menor segons el nivell de renda mitja per càpita.

- Renda alta: El terç de centres situats en districtes amb major renda.
- Renda mitja: El terç de centres situats en districtes amb rendes intermèdies.
- Renda baixa: El terç de centres situats als districtes de menor renda de la ciutat.

Gràfic 10. Finançament dels CSMA en funció de la renda dels districtes mesurat en euros/pacient atès (2014)



Gràfic 11. Finançament dels CSMA en funció de la renda dels districtes mesurant en euros/visita (2014)



El gràfics 10 i 11 mostren el finançament de cada un dels CSMA de la ciutat de Barcelona, en euros per pacient atès i en euros per visita respectivament, en funció del nivell de renda del districte on es troba cada un dels centres.

El fet més destacable és la variabilitat observada en el finançament dels centres. En aquest sentit el centre amb més recursos per pacient, el CSMA Sant Martí Nord (686 euros per visita), disposa de 540 euros per pacient més que el CSMA Guinardó.

Aquesta desigualtat sembla perjudicar als centres situats als districtes de menor renda. Al gràfic 11 es pot veure com els CSMA dels districtes de renda baixa reben de mitja un 30 per cent menys dels euros per pacient que reben els CSMA situats en districtes de renda alta. Aquesta proporció és del 23 per cent quan ens fixem en els euros per visita.

Tanmateix si s'observa l'activitat del centres en termes de visites i pacients atesos, els centres amb més activitat -aquells situats en districtes amb unes condicions socioeconòmics més desfavorables, hi ha una major demanda dels serveis de salut mental- són els que menys finançament per pacient atès i per visita reben. L'exemple més evident d'aquesta casuística és el CSMA de Sant Andreu.

4.4.2 Xarxa d'atenció a les drogodependències

La xarxa d'atenció a les drogodependències és la xarxa pública especialitzada en l'assistència relacionada amb els problemes de consum, abús i/o dependència de substàncies psicoactives. La xarxa de dispositius presta atenció sociosanitària i comunitària mitjançant centres ambulatoris especialitzats.

A la ciutat de Barcelona, s'han identificat 19 centres que donen assistència en l'àmbit d'atenció a les drogodependències que pertanyen 12 entitats proveïdores diferents:

Taula 11. Entitats proveïdores d'assistència a les drogodependències per tipus de proveïdor (2014)

	Proveïdors
Institut Català de la Salut	1
Entitats públiques i consorcis	4
Entitats privades sense ànim de lucre	4
Entitats privades amb ànim de lucre	2

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Elaboració pròpia.

Institut Català de la Salut (ICS)

- Hospital General Vall d'Hebron

Entitats públiques i consorcis (EPIC)

- Consorci Mar Parc Salut de Barcelona
- Consorci Hospital Clínic
- Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Diputació de Barcelona

Entitats privades sense ànim de lucre

- ABD - Asociación de bienestar y desarrollo
- Fundació CECAS
- Congregació de les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús
- Creu Roja de Catalunya

Entitats privades amb ànim de lucre

- Institut Genus SL
- INPROSS Grup

Cap de les unitats proveïdores de serveis d'atenció a les drogodependències és propietat d'entitats privades amb ànim de lucre Genus S.L i el Grup Impross, les úniques entitats que es podrien classificar com a entitats amb ànim de lucre³ gestionen centres que pertanyen a l'Agència de Salut Pública de Barcelona, ens que contracta sis dels quinze centres d'atenció i seguiment de Barcelona ciutat.

4.5 Serveis de rehabilitació física i logopèdia

La rehabilitació és una línia assistencial amb unes característiques molt diferents a la resta de línies assistencials.

Cal distingir entre la rehabilitació de l'assistència hospitalària, que es realitza dins dels propis hospitals, de la extrahospitalària, realitzada en centres especialitzats de manera ambulatoria.

4.5.1 Rehabilitació hospitalària

La taula 14 mostra l'activitat de rehabilitació duta a terme als diferents hospitals de Barcelona. Com que l'Hospital Sagrat Cor no disposa de servei de rehabilitació hospitalària, no trobem la categoria d'entitats privades amb ànim de lucre. L'Hospital Universitari Vall d'Hebron realitza un terç de l'activitat de rehabilitació hospitalària de Barcelona, per exemple l'any 2014 se li varen contractar 5.615 processos i en va realitzar 5.555 processos.

³ Genus SL és una societat mercantil i per tant té el dret d'apropiació de l'excedent generat per l'activitat que du a terme. En aquest sentit formalment és una entitat amb ànim de lucre. No obstant això, la constitució en societat va ser una decisió purament estratègica, els socis de l'empresa en són treballadors i mai s'han repartit dividends, per tant, no hi ha ànim de lucre.

El segon centre amb major volum d'activitat és l'Hospital Sant Rafael (4.140 processos contractats), centre que s'ha especialitzat en aquest tipus d'atenció i que compte amb unitats especialitzades en l'àmbit de la rehabilitació situades dins del mateix hospital com la Unitat de Medicina de l'Esport.

L'Hospital de l'Esperança, que concentra el gruix de la rehabilitació hospitalària del Consorci Parc de Salut Mar i és el quart centre en volum d'activitat per darrera de l'Hospital de Sant Pau.

Taula 12. Activitat de rehabilitació hospitalària a la ciutat de Barcelona (2014)

	Processos contractats	Processos realitzats	Àrees Integrals de Salut
Institut Català de la Salut	34%	32%	
Hospital General Vall d'Hebron	5.615	5.555	Barcelona Nord
Entitats públiques i consorcis	41,6%	47%	
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	604	1.392	Barcelona Esquerra
Hospital de l'Esperança	1.856	1.836	Barcelona Dreta
Hospital de la Sta. Creu i St. Pau	3.283	3.840	Barcelona Dreta
Hospital Dos de Maig	1.216	1.157	Barcelona Dreta
Entitats privades sense ànim de lucre	24,8%	21,3%	
Hospital Sant Rafael	4.140	3.725	Barcelona Nord
Total Barcelona	16.714	17.505	

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Elaboració pròpia.

4.5.2 Rehabilitació extrahospitalària

La rehabilitació extrahospitalària s'estructura al voltant de tres modalitats assistencials:

1. Rehabilitació ambulatoria
2. Rehabilitació domiciliària
3. Logopèdia ambulatoria i domiciliària.

L'atenció en rehabilitació i logopèdia està territorialitzada i licitada en diferents lots a nivell de Regió Sanitària, a cadascun se l'hi assigna una població de referència determinada. Els hospitals tenen preferència en l'adjudicació dels lots per a prestar els serveis de rehabilitació enfront d'altres entitats, però aquells lots en els què l'assistència no queda coberta per cap hospital surten a concurs públic. L'actual concurs té vigència des de l'any 2012 fins l'any 2022.

Històricament les úniques entitats que han competit per prestar aquest tipus de servei han estat entitats privades amb ànim de lucre. Per a cada lot, s'estableixen tarifes màximes de sortida per cada tipus de procés, segons la complexitat del procés i la modalitat assistencial, i per visita única segons la modalitat. Tanmateix s'estableix un

volum màxim de despesa per a cada lot. Durant el procés d'adjudicació, les entitats concursants han de rebaixar els preus de sortida per tal d'aconseguir l'adjudicació del lot en qüestió hipotèticament mantenint la qualitat.

Aquesta dinàmica de competència oberta ha portat als operadors privats a competir pel mercat disponible d'una manera sovint controvertida. **La conseqüència principal és el *dumping* generalitzat de preus i la formació, no sempre justificada⁴**, per criteris estrictament de mercat, d'unions temporals d'empreses per a evitar quedar fora del mercat.

Tanmateix, l'any 2012 l'Hospital Sant Rafael i l'Hospital Universitari Sagrat Cor van ser expedientats pel Departament de Salut per la subcontractació de Codebi S.L -una mercantil que no havia aconseguit l'adjudicació del lot per la via del concurs públic- per que aquesta darrera prestés els serveis de rehabilitació domiciliària que els esmentats hospitals s'havien compromès a subministrar, per tant sense concurs, i que van subcontractar, malgrat estava estrictament prohibida.

D'aquesta manera es pot dir que la rehabilitació extrahospitalària és el cas paradigmàtic dels efectes indesitjats d'un model sanitari que promogui la lliure competència entre entitats privades. La taula 13 mostra l'activitat duta terme pels diferents proveïdors de serveis rehabilitació extrahospitalària a Barcelona l'any 2014.

Taula 13. L'activitat de rehabilitació extrahospitalària a Barcelona per processos contractats (2015)

		Rehabilitació ambulatoria	Rehabilitació domiciliària	Logopèdia
Barcelona Nord	Centre de Rehabilitació i Llenguatge SL (CRIL) (gener-juliol)	-	1.220	426
	UTE ACERF(juliol-desembre 2014)	-	696	93
	CSC (Gestionat per CSC Vitae SA)	4.776	-	-
Barcelona Litoral	UTE ACERF (gener i febrer de 2013)	1.067	193	149
	UTE Fisioteràpia SA, Institut Logopèdic SA i CRFF SA*	7.741	2.575	639
	UTE Fisioteràpia SA, Servicios Fisioteràpia SA, i CRFF SA	5.448	1.918	526
Barcelona Dreta	Centre de Rehabilitació i Llenguatge SL (CRIL) (gener-juliol 2104)	9.786	2.446	418
	UTE Fisioteràpia SA i CRFF SA*	-	1.717	-
Total Barcelona		28.818	10.765	2.251

Font: Consorci Sanitari de Barcelona

⁴ El cas més mediàtic va sortir a la llum l'octubre de 2015, quan una investigació de l'Autoritat Catalana de la Competència (ACCO) va destapar el fet que les empreses Corporación Fisiogestión (empresa d'on provenia Josep Maria Padrosa abans de ser director del CatSalut), L'Eivax, Iriteb i el Centro de Accidentes Laborales y Rehabilitación, vulnerant la llei de Defensa de la Competència, van formar una UTE per assegurar-se l'adjudicació de 4 lots, quan les tres primeres tenien la grandària i solvència suficient per a presentar-se al concurs en solitari.

Per últim, també com una conseqüència de l'estructura d'adjudicació i provisió d'aquest tipus de serveis i de les dinàmiques anteriorment descrites, la taula 14 mostra la gran concentració del mercat en 4 proveïdors. Cal tenir en compte que aquesta situació facilita comportaments monopolistes i suposa una grana barrera d'entrada per a altres proveïdors més petits.

Taula 14. Proporcions de l'activitat de cada entitat proveïdora sobre el tota d'activitat en rehabilitació extrahospitalària a la ciutat de Barcelona (2014)

	Rehabilitació ambulatoria	Rehabilitació domiciliària	Logopèdia
UTE Fisioteràpia SA, Institut Logopèdic SA i CRFF SA	46%	58%	52%
Centre de Rehabilitació i Llenguatge SL (CRIL)	34%	34%	37%
UTE ACERF	4%	8%	11%
CSC (Gestionat per CSC Vitae SA)	17%	-	-

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Elaboració pròpia.

4.6 Atenció sociosanitària

L'atenció sociosanitària a la ciutat de Barcelona, de manera similar al que s'ha vist a la xarxa de salut mental, està en mans d'una multiplicitat d'entitats de diferent naturalesa. En aquest sentit s'ha identificat 37 centres que pertanyen a 20 entitats diferents. A la diversitat de proveïdors, s'hi suma la diversitat de tipologies de recursos assistencials, fent que l'atenció sociosanitària sigui un àmbit assistencial particularment heterogeni i per tant on intervencions pensades per transformar entitats jurídiques d'un tipus determinat porti a efectes indesitjats o no previstos d'altres.

4.6.1 Els serveis i recursos sociosanitaris a Barcelona ciutat

Les 8 tipologies de recurs assistencial en l'atenció sociosanitària estan presentades a la taula 15.

Taula 15. Recursos assistencials en l'àmbit de l'atenció sociosanitària a la ciutat de Barcelona

	Llarga estada	Llarga estada Convalescència
Recursos d'internament	Mitja estada	Cures pal·liatives Mitja estada polivalent
	Subaguts	Subaguts
Recursos alternatius a l'internament	Ambulatoria Domiciliària Hospitalització	Hospital de dia PADES UFISS

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. Elaboració pròpia.

Pel que fa a la distribució, per modalitats de propietat dels recursos, les 20 entitats proveïdores de serveis sociosanitaris a la ciutat de Barcelona es distribueixen de la següent manera:

Taula 16. Entitats proveïdores d'assistència sociosanitària a la ciutat de Barcelona per grups de propietat dels recursos (2014)

	Proveïdors
Institut Català de la Salut	2
Entitats públiques i consorcis	5
Entitats privades sense ànim de lucre	5
Entitats privades amb ànim de lucre	8

Font: Consorci Sanitari de Barcelona i altres. Elaboració pròpia.

Institut Català de la Salut (ICS)

- SAP Muntanya Dreta
- Hospital Universitari Vall d'Hebron

Empreses públiques i consorcis (EPIC)

- Fundació de Gestió Sanitària Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Consorci Mar Parc de Salut
- Consorci Hospital Clínic de Barcelona
- Parc Sanitari Pere Virgili
- CSC Vitae, S.A.

Entitats privades sense ànim de lucre

- Fundació lluita esclerosi múltiple
- Fundació privada Hospital Evangèlic
- Mare de Déu de la Mercè –HHSCJ
- Mútuam, Mútua de precisió social
- Fundació ACE Institut Catalpa de Neurociències Aplicades

Entitats privades amb ànim de lucre

- SAR Residencial i Asistencial, S.A.
- Servicios Clínicos, S.A.
- SSR Hestia, SL
- Nacare, S.A.
- Hucasve, S.L.
- Clínica Residencial Geriàtrica, S.L.
- Clínica Barceloneta, SAU (Blaulínic)
- Centre sociosanitari Palau, S.L

Taula 17. Pressupost i recursos assistencials (llits) sociosanitaris a la ciutat de Barcelona (2014)

	Import contracte CatSalut (CdR)	Llarga estada*	Convalescència	Cures pal·liatives	Hospital de dia
Institut Català de la Salut	0%	0%	0%	0%	0%
Empreses públiques i consorcis	31,3%	24%	43%	24%	33%
Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona	5.975.817,32	57	69	14	27
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	585.222,74				32
Fundació Gestió Sanitària Hospital Santa Creu i St. Pau	848.655,88				
Parc sanitari Pere Virgili	17.975.263,92	25	273	14	27
CSC Vitae SA	6.365.445,54	189			46
Entitats privades sense ànim de lucre	21,2%	14%	9%	37%	48%
Fundació Iluita esclerosi múltiple	831.038,45				44
Fundació Privada Hospital Evangèlic	4.408.313,94	62	18	11	22
Mare de Déu de la Mercè - HHSCJ	2.938.892,68	23			51
Mutuam, Mútua de previsió social	11.750.543,51	75	50	32	23
Fundació ACE Institut Català de Neurociències Aplicades	1.508.605,56				52
Entitats privades amb ànim de lucre	47,5%	62%	48%	38%	19%
Sar Residencial y Asistencial, SA	1.442.753,37				23
Servicios Clínicos, SA	2.848.246,94	29			
SSR Hestia, SL	3.561.701,23	58	49		
Nacare, SA	1.032.889,29	36			
Hucasve, SL	9.219.936,85	144	80		
Clínica Residencial Geriàtrica, SL	2.460.705,62	50		18	
Clínica Barceloneta, SAU (Blaclínic)	18.534.133,91	290	161	26	10
Centre sociosanitari Palau, SL	9.013.827,35	86	88		41
Total Barcelona	101.301.994,10	1124	788	115	398

*Inclou geriatria i psicogeriatría

Font: Central de resultats i Anuari Estadístic de l'Ajuntament de Barcelona. Elaboració pròpia.

La taula 17 també conté altres tipus de recursos assistencial com els llits convalescència i cures pal·liatives. En aquest sentit no és pot establir una relació directa entre el pressupost i el nombre de llits total, ja cal tenir en compte que aquesta taula no conté els recursos assistencials com els de mitja estada polivalent, Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària (UFISS) i Programa d'Atenció Domiciliària - Equips de Suport (PADES).

Atès aquests dos factors, i que els proveïdors ICS quasi no disposa de recursos sociosanitaris- només tenen PADES i UFISS- s'observen, en aquest tipus de proveïdor, valors de 0 per cent per a tots els recursos assistencials.

La taula 17 mostra com **bona part de l'activitat i del pressupost destinat a atenció sociosanitària queda en mans d'entitats privades amb ànim de lucre**. Així doncs, el 47,5 per cent del volum de contractació entre el CatSalut i les entitats proveïdores de serveis sociosanitaris (llarga estada, hospital de dia i subaguts) va destinat a entitats privades amb ànim de lucre. Un 21,2 per cent es contracta amb les entitats privades sense ànim de lucre – majoritàriament fundacions-, i el 31,3 per cent restant amb EPIC.

En termes de llits, també s'observa una concentració de recursos en entitats privades amb ànim de lucre:

- El 62 per cent dels llits de llarga estada estan en mans d'entitats privades amb ànim de lucre, el 14 per cent d'entitats privades sense ànim de lucre i un 24 per cent d'entitats que pertanyen a la categoria EPIC.
- Similarment, el 48 per cent dels llit de convalescents a Barcelona l'any 2014 pertanyen a entitats privades amb ànim de lucre, el 9 per cent d'entitats privades sense ànim de lucre, i el 43 per cent són d'entitats EPIC.

Les proporcions descrites anteriorment, tant en termes de pressupost com de recursos assistencials, són semblants els anys 2012 i 2013.

4.7 Altres línies d'atenció

Hi ha altres línies d'atenció sanitària pública no incloses en les seccions anteriors, com la medicació hospitalària prescrita en règim ambulatori, l'oxigenoteràpia i la diàlisi renal. Hi ha d'altres atencions que ni tan sols són vistes pel CSB i són manegades directament pel servei matris del CatSalut, com la interrupció voluntària de l'embaràs en règim hospitalari, que ofereix un altre exemple de com les formes de contractació poden portar al dumping i a riscos per la qualitat.

Un altre exemple que s'hauria d'estudiar en detall és el del transport sanitari i l'atenció domiciliària continuada, àrees gestionades per l'empresa pública Servei d'Emergències Mèdiques però que actualment estan parcialment (el transport sanitari urgent) o totalment (el no urgent i l'atenció domiciliària nocturna) subcontractades a empreses privades amb ànim de lucre.

4.8. Valoració de la qualitat de les dades

L'anàlisi quantitativa de les dades s'ha fet entre finals d'octubre de 2015 i mitjans de gener del 2016, just abans del canvi de govern de la Generalitat, i va ser encarregat per la Comissionada de Salut de l'Ajuntament que va donar accés a la informació i va orientar cap al CSB i el CatSalut com principals fonts de dades disponibles. Ambdues institucions van respondre cordialment a les nostres demandes d'informació però van deixar clar que l'encàrrec havia estat fet per l'Ajuntament i no havia estat aprovat pels representants de la Generalitat i/o el CatSalut en el CSB.

Això va tenir diverses conseqüències. És a dir, si bé hi va haver accés a les dades publicades en els llocs web, no vam disposar d'un contacte fluït amb els qui les treballaven habitualment per així poder interpretar-les millor i estalviar-nos els errors que s'hagin pogut cometre en aquest estudi. Aquesta dificultat ha tingut, però, un efecte favorable: poder identificar les insuficiències de les dades publicades segons indica la normativa que fa referència a la transparència.

Per facilitar la feina en estudis futurs i contribuir a la millora de la qualitat de les dades i dels mecanismes de transparència, i més concretament en allò que fa referència a les dades estadístiques dels centres sanitaris a la ciutat de Barcelona, en l'informe complet de l'estudi quantitatiu hem resumit els principals problemes d'informació identificats.

En termes generals, els principals problemes que han limitat l'abast i profunditat de l'anàlisi inicialment pretesa han estat els següents: la no continuïtat temporal en el registres, el càlcul canviant de variables entre anys, l'obsolescència de les dades, la no exhaustivitat dels registres o la falta de descripció de la informació d'un any a l'altre.

De manera general i independentment de la font consultada, s'ha observat que la quantitat i qualitat de la informació disponible es variable en funció del recurs assistencial. Així doncs, atenció hospitalària i atenció primària disposen d'una base de dades bastant extensa i treballada mentre que la qualitat de les dades disponibles per a salut mental i atenció sociosanitària és inferior. Per altres línies assistencials com la rehabilitació física i logopèdia, atenció a la insuficiència renal o l'atenció a la salut sexual i reproductiva, la disponibilitat de dades és considerablement menor.

Un altre problema, habitual al treballar amb diferents fonts d'informació simultàniament, ha estat la no coincidència en la informació trobada. En aquest sentit, si bé les diferències no han estat determinants per a l'elaboració de les conclusions, sí que suposen un increment del marge d'error evitable per la via de la validació conjunta.

5. CONCLUSIONS

Els mecanismes de mercantilització de la sanitat a Catalunya

1. A la ciutat de Barcelona s'ha desenvolupat un sistema sanitari que es caracteritza per un gran nombre de proveïdors, la complexitat de fórmules de titularitat i gestió amb fronteres difoses entre els sectors públic i privat, una fragmentació entre els serveis, a més de un creixent mercat dels productes intermedis (radiologia, laboratori, altres exploracions) amb un pes preponderant de la indústria de la salut (tecnologia i productes farmacèutics).
2. L'informe constata la creixent vulnerabilitat en que es troba actualment el sistema públic de salut, després de dècades de implantació continuada de polítiques mercantilitzadores. Hi ha una tendència cap a la medicalització i tecnificació progressiva de la malaltia i el patiment humà, molt centrada en l'atenció hospitalària, en detriment d'una atenció integral de la persona i la comunitat.
3. Els actors del sistema destaquen l'opacitat i falta de rendiment de comptes tant de l'administració pública com dels proveïdors de serveis. La transparència, la participació social i el control públic segueixen sent assignatures pendents.

La contractació de serveis sanitaris

4. En termes generals, la despesa sanitària a la ciutat de Barcelona disminueix entre les diferents línies assistencials, excepte en el cas de la salut mental i el transport sanitari no urgent, on cada any s'ha destinat més recursos que en els anys anteriors.
5. La despesa en compra de serveis d'atenció hospitalària d'aguts suposa al voltant del 67% de la despesa en serveis sanitaris realitzada a la ciutat de Barcelona. Si bé aquesta atenció és necessària per atendre la demanda existent, s'ha demostrat que un sistema sanitari "hospitalocèntric" pot comportar medicalització innecessària i iatrogènia, i comprometre les dimensions humana, ètica i social de la salut. Els mitjans més eficaços, eficients i equitatius per organitzar l'atenció sanitària i millorar la salut continuen essent l'atenció primària i comunitària i la salut pública, focalitzada en l'abordatge de les causes de les desigualtats socials en salut existents.
6. S'observa a la ciutat de Barcelona una gran heterogeneïtat de proveïdors d'assistència sanitària tant en la seva propietat, com en la titularitat jurídica, models de gestió, autonomia i grau de transparència. En forma simplificada l'assistència sanitària es pot agrupar en quatre categories: propietat i gestió pública (ICS), entitats públiques i consorcis (EPICs), entitats privades amb vocació pública no mercantils i entitats privades mercantils (amb afany de lucre).

Atenció Primària i Comunitària

7. Pel que fa a l'Atenció Primària, el 74% dels Equips d'Atenció Primària de la ciutat de Barcelona són propietat de l'Institut Català de la Salut, mentre que el 26% restant està dividit entre entitats de tipus EPIC i entitats privades amb ànim de lucre.

8. L'Atenció Primària i Comunitària és la porta de entrada al sistema sanitari, i n'ha de ser el seu eix vertebrador i el conductor dels pacients pel sistema. Una Atenció Primària ben dotada, equitativa, humana, no medicalitzada i amb una actuació integral és millor per la salut de la ciutadania i per l'equitat i la sostenibilitat financera del sistema sanitari.

Atenció hospitalària i especialitzada

9. L'Hospital Universitari Vall d'Hebron experimenta una reducció constant del pressupost entre l'any 2010 i el 2013 (-8,5%), en contrapartida l'Hospital del Sagrat Cor, una entitat mercantil, ha sigut la única entitat que ha augmentat (+25,5%) el seu nivell d'activitat concertada.

10. Destaca la reducció de les hospitalitzacions registrades a l'Hospital Clínic de Barcelona (-16%). Atesa l'evolució de les hospitalitzacions a l'Hospital Plató i l'Hospital Universitari Sagrat Cor, sembla plausible que part de la reducció de l'Hospital Clínic hagi estat assumida per aquests dos centres dintre de l'Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra.

11. El tipus d'activitat hospitalària que realitzen les entitats privades amb ànim de lucre són majoritàriament hospitalitzacions quirúrgiques, encara que es mostra una tendència a reduir la diferència amb les hospitalitzacions mèdiques.

12. Cal remarcar un fort descens de les altes no finançades pel CatSalut a l'hospital de l'ICS, quasi coincident amb un augment de les altes convencionals no finançades pel CatSalut en aquells hospitals EPIC (+1.100 altes). Aquestes dades són compatibles amb un esforç per part de les EPIC per atraure activitat amb altres formes de finançament, denotant una potencial infrautilització d'estructures públiques que contrasta amb l'argument de la seva saturació per justificar la concertació amb empreses privades.

13. La qualitat i els resultats en salut dels diferents proveïdors d'atenció hospitalària d'aguts són difícils de comparar amb les dades actuals; cal doncs disposar de dades que permetin aproximar-se al cost evitable (medicalització innecessària, complicacions), els resultats en salut, l'eficiència social i les dimensions ètiques, la transparència i el rendiment de comptes.

Els serveis d'atenció a la salut mental

16. En els serveis d'atenció a la salut mental, la majoria d'entitats (82%) que proveeixen serveis a la ciutat de Barcelona són entitats privades, amb un predomini de les entitats privades sense ànim de lucre.

17. Els resultats posen de manifest fortes desigualtats entre el territori de la ciutat de Barcelona en l'atenció a la salut mental. Els centres dels districtes amb condicions socioeconòmics més desfavorables, reben un 70% menys de finançament per pacient atès i un 77% menys de finançament per visita que els situats en districtes amb una major renda.

L'Atenció Sociosanitària

18. La major part de l'activitat i del pressupost destinat a atenció sociosanitària queda en mans d'entitats privades amb ànim de lucre. Així doncs, el 72% del volum de contractació entre el CatSalut i les entitats proveïdores de serveis sociosanitaris (llarga estada, hospital de dia i subaguts) va destinat a entitats privades amb ànim de lucre.

19. Els centres d'atenció sociosanitària han sofert l'impacte de la manca de desplegament de la Llei de la dependència que havia creat expectatives de complements pressupostaris i de reforç dels recursos socials d'atenció domiciliària i residències.

20. S'observa en aquest sector un cert desequilibri territorial i una notable fragilitat de les institucions, amb petites societats de base professional o familiar convivint amb una penetració creixent de grans grups internacionals, que tendeixen a crear una elevada precarietat laboral com a resposta al finançament insuficient.

Serveis de Rehabilitació

21. S'observa una dualitat de proveïdors entre la rehabilitació hospitalària i la extrahospitalària. La rehabilitació extrahospitalària és un clar exemple dels impactes indesitjats de la introducció de la licitació no restrictiva i del predomini de les empreses amb ànim de lucre (concentració anòmla de mercat, efectes dumping en adjudicacions, judicialització...).

Principals línies estratègiques que ens proposem

L'Ajuntament de Barcelona, segons marquen la Carta Municipal i els estatuts del Consorci Sanitari de Barcelona, té la competència de participar juntament amb la Generalitat en la co-gestió i planificació dels serveis sanitaris a la nostra ciutat. Responsabilitat que ens hem pres seriosament i que esperem poder exercir al costat de la Generalitat i amb la col·laboració i participació dels ciutadans i professionals. En aquest sentit, proposem les següents línies d'acció.

1. Els drets socials, com és el cas de la salut, no poden estar sotmesos als interessos del mercat, i són les administracions públiques les que han de garantir la protecció i promoció de la salut i l'atenció integral a la malaltia amb un sistema universal, equitatiu, públic i de qualitat. Cal auditar per començar els 200 milions d'euros de fons públics que es donen anualment a entitats mercantils. L'històric consens polític sobre el "model català", escudat sobre el *mantra* de l'eficiència, s'ha de reobrir al debat públic perquè la ciutadania pugui decidir el model sanitari que vol.

2. Enfront d'un model d'assistència centrat en l'hospital, cal anar molt més enllà de les paraules i capgirar el sistema centrant-lo en una Atenció Primària i Comunitària de qualitat, equitativa, humana i integral. Amb aquest objectiu hem format un grup de persones expertes per tal de fer propostes per a un projecte que assagi en un territori de la ciutat el reforç de la centralitat d'aquest nivell assistencial.

3. En front de la gran diversitat de formes jurídiques de propietat i de gestió dels centres assistencials de l'actual model d'assistència sanitària, algunes d'elles amb societats mercantils de lucre privat, cal treballar per revertir la privatització i mercantilització de la provisió, excloent del SISCAT no solament les entitats mercantils sinó també aquelles que no tinguin els valors de sistema públic i no treballin en el marc de l'economia social i solidària. Tots els ens que formen part del SISCAT han de garantir condicions laborals no precàries. La sanitat pública no pot permetre unes condicions d'ocupació que afectin a la salut de les persones treballadores.

4. Totes les entitats que reben recursos públics estan obligades a complir rigorosament les exigències de la Llei de Transparència en tot el que respecta al rendiment de comptes, informació econòmica, contractes, convenis, plantilles, etc. Cal exigir, tant a l'administració pública com als proveïdors de serveis, una transparència absoluta, el màxim rendiment de comptes, una major democràcia amb la participació de la ciutadania i els treballadors del sistema, així com l'exercici real de la iniciativa que els administradors públics tenen en les qüestions del bé comú. Estem treballant per millorar el rendiment de comptes en les entitats sanitàries participades per l'Ajuntament (Consorti Parc de Salut Mar, Fundació Hospital de Sant Pau) i per reconvertir PAM SL (societat limitada creada per PAMEM, consorci de majoria municipal, per gestionar 4 equips d'atenció primària) a ens propi.

5. Els nous marcs legals que regulen aspectes dels serveis públics (Llei de transparència i bon govern, directiva 2014/24/UE de contractació de serveis públics, entre d'altres) representen amenaces i alhora oportunitats de millorar l'actual situació. En front d'això és urgent una interpretació i posada en pràctica comuna que millori la situació de transparència, bon govern i claredat en la concertació pública, doni seguretat jurídica a tots els actors públics i concertats que comparteixen valors i pràctiques de servei públic. A l'hora, cal establir frens jurídics a l'accés d'entitats mercantils a la provisió de serveis sanitaris públics.

6. Cal avançar amb urgència en la generació i disponibilitat pública de millors dades i indicadors per continuar analitzant la situació i evolució dels processos de privatització i mercantilització de la sanitat a Barcelona.

7. Cal treballar en la millora de la qualitat del sistema sanitari, amb l'exigència de recuperar tots els recursos eliminats amb les retallades pressupostaries, per recuperar la qualitat perduda en l'accessibilitat i millorar els resultats en salut. En aquest sentit, és imprescindible millorar i fer transparents els sistemes d'informació, més centrats en indicadors de resultats, complicacions i benestar. Cal garantir condicions laborals no precàries i de elevada qualitat tant dins del sistema com en els serveis externs: la sanitat pública no pot permetre unes condicions d'ocupació que afectin a la salut de les persones treballadores.

8. En l'atenció a la salut mental, tant important com la pròpia atenció primària, cal revisar i millorar en gran mesura l'actual dispersió de l'atenció extrahospitalària, el sistema de pagament, les desigualtats territorials, els problemes d'autoritat i de derivacions, que es deuen a la diversitat i l'heterogeneïtat dels proveïdors ja esmentada. L'Ajuntament ha constituït també en aquest àmbit una taula de treball per elaborar un Pla de Salut Mental de la ciutat.

9. En atenció sociosanitària i rehabilitació cal recuperar la presència pública, i a l'hora treballar en els acords de concertació amb aquests sectors l'adhesió a criteris i formes jurídiques d'economia social, els valors públics, la transparència, la governança, la millora de les condicions laborals i la qualitat assistencials. Estem treballant ja per reforçar l'oferta pública d'atenció sociosanitària i rehabilitació. Cal redefinir també el model del transport sanitari, subcontractat majoritàriament a entitats mercantils. La importància, volum i naturalesa d'aquest servei obren la porta a la possibilitat de plantejar-se la seva internalització i provisió pública.

10. Instem la Generalitat a discutir aquestes propostes en el marc del Consorci Sanitari de Barcelona i de l'elaboració del Pla de Salut de Barcelona, i alhora, desenvolupar la nova Llei de Salut i Social de Catalunya a partir d'un procés de revisió i desenvolupament d'alternatives a un model sanitari altament mercantilitzat, amb un abordatge qualitatiu i multidisciplinari, on tingui lloc el màxim nivell de participació i implicació per part dels actors del sector així com de la societat civil.

RELACIÓ D'ACRÒNIMS

ABS: Àrees Bàsiques de Salut
ACCO: Autoritat Catalana de la Competència
ACEBA: Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa
AIS: Àrees Integrals de Salut
CatSalut: Servei Català de la Salut
CCAA.: Comunitats Autònomes
CMBD: Conjunt Mínim Bàsic de Dades
CSB: Consorci Sanitari de Barcelona
CSC: Consorci de Salut i Social de Catalunya
CSMA: Centres de Salut Mental d'Adults
CSMIJ: Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil
EAP: Equips d'Atenció Primària
EBA: Entitats de Base Associativa
EPICs: Entitats Públiques i Consorcis
HUVH: Hospital Universitari Vall d'Hebron
ICS: Institut Català de Salut
INE: Institut Nacional d'Estadística
ISFAS: Institut Social de les Forces Armades
LOSC: Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya
MUFACE: Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat
MUGEJU: Mutualitat General Judicial
PADES: Programa d'Atenció Domiciliària - Equips de Suport
PAS SL: Prevenció Assistència i Seguiment SL
PRH: Programa de Reordenació Hospitalària
PSM: Plataforma per la Defensa de l'Atenció Pública en Salut Mental a Catalunya
RAP: Reforma de l'Atenció Primària
SEM: Servei d'Emergències Mèdiques
SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública
SNS: Sistema Nacional de Salut
UBA: Unitat Bàsica de Pagament als Hospitals
UCH: Unió Catalana d'Hospitals
UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària

BIBLIOGRAFIA

1. Pastor Gosálbez I. La reforma del sector sanitari en Cataluña en los últimos 20 años. El caso de los servicios sanitarios hospitalarios de la Generalitat de Cataluña. Rev Int Organ. 16 juliol 2008;0(1):54.
2. Séculi, E., Brugulat, P., Martínez, V., Medina, A., Juncà, S., Martínez, D., et al. La planificación de la salud en Cataluña, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro. Med Clin (Barc). 121(Supl 1):4-9.
3. Martínez A, Vergara Duarte, M., Tarafa G, Benach J. Com comercien amb la teva salut. Privatització i mercantilització de la sanitat a Catalunya. Barcelona: Icaria; 2014. 104 p.
4. Muntaner C, Valverde, C., Tarafa G, Benach J. La sanidad está en venta. Barcelona: Icaria; 2012. 112 p.
5. Gallego Calderón R. Reformas de New Public Management: el caso de la Administración sanitaria catalana. Gest Análisis Políticas Publicas. 1996;(5):163-74.
6. Generalitat de Catalunya. Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.
7. Consorci Sanitari de Barcelona. Memòria del Consorci Sanitari de Barcelona. Barcelona; 2014. Recuperat de: <http://www.csb.cat/wp-content/uploads/2015/04/000000Mem%C3%B2ria-CSB-2014.pdf>
8. López, G. (2015). Buscant els termes justos del debat sanitat pública-sanitat privada. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas: La interacció públic-privat en sanitat. Elements per a la reflexió, 23-36.
9. Camprubí, Lluís. Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, 2010.
10. Llamas, A. (2012). L'abordatge del marc legal i de l'autonomia de gestió: evolució i visió de futur. Referent, Papers de la fundació: L'autonomia de gestió des del punt de vista assistencial i empresarial. L'autonomia de gestió des del punt de vista assistencial i empresarial, 11, 6-17.
11. Oriol, A. (2012). Autonomia i òrgans de govern. Referent, Papers de la fundació: L'autonomia de gestió des del punt de vista assistencial i empresarial. L'autonomia de gestió des del punt de vista assistencial i empresarial, 11, 6-17.
12. McDonald D, Ruiters G. Alternativas a la privatización. Icaria; 2013.

13. Consorci Sanitari Integral. II Jornadas Lean Healthcare en España. 2012. Recuperat de: https://www.csi.cat/professionals/jornadas_lean/es_index.html
14. Green, S.D. The dark side of Lean construction: exploitation and ideology. University of California; 1999. Recuperat de: <http://www.ce.berkeley.edu/~tommelein/IGLC-7/PDF/Green.pdf>
15. Camps Cervera, V., López Casanovas G, Puyol González, A. Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2006. Recuperat de: https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689221/informe4_cat.pdf/5f99b44f-a870-4374-b687-e7592dba4204
16. Puig-Barrachina, V. M-V J, Vergara Duarte, M. Experiencias privatizadoras de la Sanidad en Catalunya. En: La contrarreforma sanitaria: análisis y alternativas de la privatización de la sanidad pública. Madrid: Catarata; 2013.
17. Auditoria externa per a l'avaluació de la reforma d'atenció primària i de la diversificació de la provisió dels serveis. Fundació Avedis Donabedian; 2001.